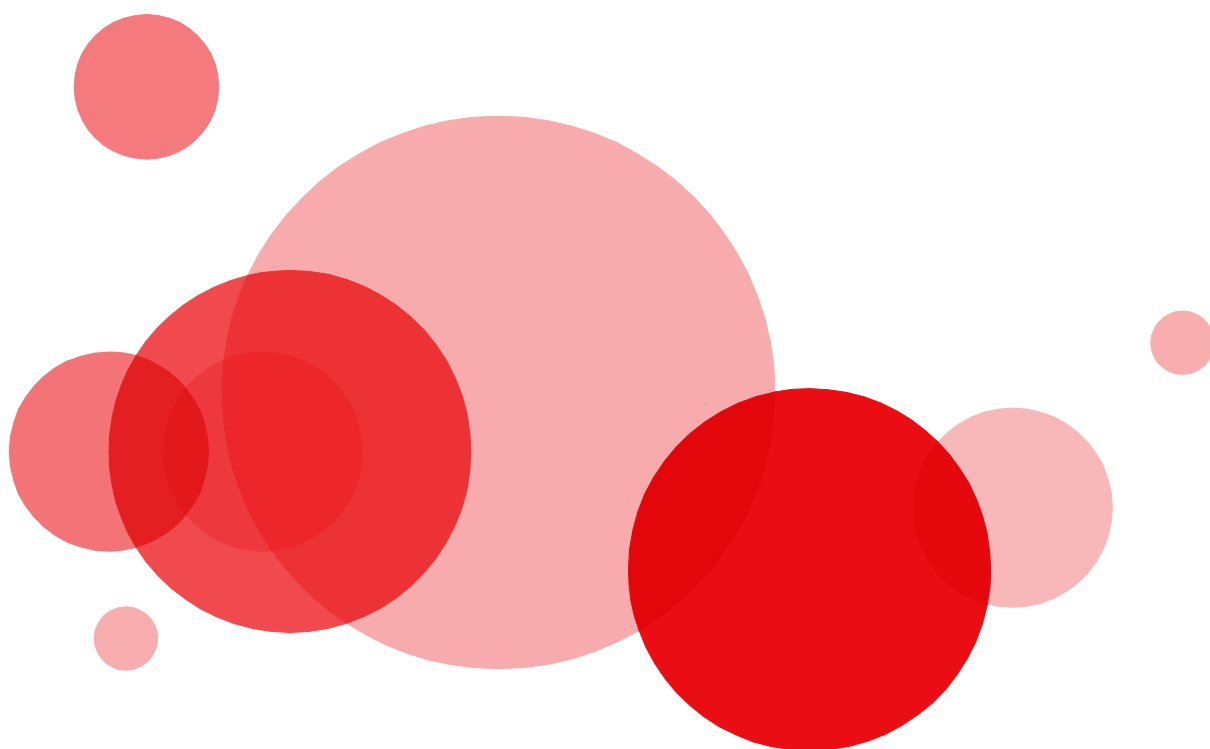


**Årlig melding 2025 for
Helse Midt-Norge RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
2. Krav fra foretaksmøter 2025	6
Foretaksmøtet 15. januar 2025 – Krav og rammer for 2025	6
Andre foretaksmøter og øvrige aktuelle saker i 2025.....	8
3. Oppdragsdokument 2025.....	11
Kvalitative mål	11
Indikatorer.....	13
Hovedmål 1: Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp	17
Hovedmål 2: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ...	22
Hovedmål 3: Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid	25
Hovedmål 4: Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkernes foretrukne arbeidsplass	27
Hovedmål 5: Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser.....	30
Annet.....	32
4. Oppdragsdokument 2025 - Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 146 S (2024–2025).....	37
Hovedmål 1: Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp	37
Hovedmål 2: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ...	41
Hovedmål 3: Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid	43
Hovedmål 4: Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkernes foretrukne arbeidsplass	44
Hovedmål 5: Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser.....	46
Fordeling av rekrutterings- og samhandlingsmidlene.....	48
5. Styrets plandokument.....	53
6. Innspill regionalt brukerutvalg	54
7. Innspill fra konserntillitsvalgte og konsernverneombud	63

1. Innledning

Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag:

Helse Midt-Norges visjon er: På lag med deg for din helse.

De sentrale verdiene våre er: Trygghet, respekt og kvalitet.

Formålet med virksomheten er å sørge for at befolkningen har tilgang til gode og likeverdige spesialisthelsetjenester når man trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi eller etnisk bakgrunn. Helse Midt-Norges visjon, verdigrunnlag og formål er gjort gjeldende for hele foretaksgruppen.

Regional utviklingsplan 2023-2026 viser retningen spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge må ta for å sikre at vi kan løse våre hovedoppgaver: Pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Planen angir fem hovedsatsninger for regionen:

- Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning
- Samling om beste praksis
- Regionale fellesløsninger
- Bærekraft i personell og kompetanse
- Sterkere samhandling

Arbeidet med reduserte ventetider har hatt høy prioritet i Helse Midt-Norge gjennom 2025. Det er en markert nedgang av ventetidene i 2025 innen både somatikk, psykisk helsevern (PH) og ruslidelser (TSB). Det er fortsatt store forskjeller mellom ulike fagområder og helseforetak. Ventetidsmål for 2025 ble nådd innen TSB. Målkravet om at ventetidene skulle være lavere i juni 2025 enn i juni 2019 ble nådd for psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og TSB. Kravet ble ikke nådd for somatikk, hvor ventetidene var seks dager over tilsvarende ventetid i juni 2019. Samlet sett var gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp 17 dager kortere i Helse Midt-Norge i juni 2025 enn i januar 2025. Dette er et resultat av en betydelig merinnsats fra medarbeidere i helseforetakene.

Omstillingsarbeidet er viet mye oppmerksomhet i 2025. Det foreløpige regnskapet viser at foretaksgruppen eksklusive Helseplattformen AS samlet sett har et positivt økonomisk resultat i 2025 over budsjett og en vesentlig resultatforbedring fra 2024. Det har vært en betydelig innsats i alle helseforetakene for å oppnå disse resultatene. Tiltaks- og omstillingsarbeidet i helseforetakene og Helseplattformen AS har gitt effekter, men måloppnåelsen samlet sett er lavere enn forutsatt. Den underliggende driften i sykehusene viser fortsatt press innen lønn, varekostnader og øvrige driftskostnader. Det gjenstår betydelig arbeid for å omstille til en bærekraftig økonomi, og omstilling er høyt på agendaen også i 2026.

Alle de tre sykehusforetakene i Helse Midt-Norge har hatt en betydelig økning av totale kostnader i senere år, hvor personellutgifter utgjør en vesentlig del. Dette har bidratt til at risikoen for manglende økonomisk bærekraft er den høyeste kortsiktige risikoen i foretaksgruppen. Samtidig er risiko for manglende økonomisk bærekraft påvirket av andre

faktorer som økonomiske rammer, manglende prioritering og manglende utnyttelse av teknologiske løsninger.

Det nye Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) åpnet offisielt 2. juni 2025. Akuttfunksjonene ble flyttet i april 2025. Flyttingen og sammenslåingen av de to akuttpsykehusene i Kristiansund og Molde har gått helt i henhold til plan. Helse Nord-Trøndelag har utviklet et konsept for nye akuttmottak i Namsos og Levanger, og saken skal etter planen behandles i styret i Helse Midt-Norge RHF i 2026. Styret sluttet seg til lånesøknad for Senter for psykisk helse og arbeidet med forprosjektet er startet.

Det arbeides med å utvikle tjenestene bl.a. gjennom å støtte opp under kloke valg, og digitalisering av tjenestene har høy prioritet. Riksrevisjonen sin undersøkelse av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten (Dokument 3:3 (2025–2026)) viser at Helse Møre og Romsdal ligger langt fremme i andel pasienter som er registrert med digital hjemmeoppfølging med bruk av sensorer eller teknisk utstyr. St. Olavs hospital prioriterer innovasjon høyt og er vert for St. Olavskonferansen. St. Olavs hospital ble i 2025 kåret til Norges mest innovative sykehus for andre år på rad.

For å legge til rette for bedre styring av IT-området ble det vinteren 2025 vedtatt en ny styringsstruktur for IT i regionen. Styringsstrukturen beskriver organisering, ansvar og oppgaver for beslutningsnivåene i strukturen. Formålet er å sikre at IT-løsninger innføres, utvikles og forvaltes nært brukerne og deres behov. Digitaliseringsstyret, som består av administrerende direktører i det regionale helseforetaket og helseforetakene, er det øverste styringsorganet i strukturen. Arbeidet med å utvikle strategiske føringer for digitale innbyggertjenester ble påbegynt høsten 2025 og skal behandles i IT-styringsstruktur i Helse Midt-Norge i februar 2026.

Helseplattformen er i bruk ved alle sykehus i regionen. Migreringen av journal- og pasientinformasjon fra det gamle systemet Doculive til Helseplattformen ble sluttført 31. mai 2025. Det er etablert et regionalt program for brukervennlighet og optimalisering av Helseplattformen. Programmet har en varighet på to år og er godt forankret i helseforetakene og har god fremdrift. De tre hovedtiltakene i programmet er:

1. Videreutvikling, forbedring og tilpasning av løsningen Helseplattformen
2. Kompetanseutvikling i bedre bruk av løsningen
3. Forankring og ledelse

Programmet har forventninger til at bruk av KI kan bidra til å forbedre brukervennligheten i løsningen. Inneværende faseplan har inkludert utprøving av KI-funksjonalitet. Programmet følges av forskning, men det er for tidlig å si noe om effekter av tiltak.

Helse Midt-Norge har et godt og tett samarbeid innen HR og HMS-området. I 2025 har det vært arbeidet med utvikling av felles verktøy, rutiner og prosedyrer for å styrke helhet, kvalitet og lik praksis mellom helseforetakene. Helse Midt-Norge har arbeidet målrettet for å utvikle bedre styringsinformasjon og dele verktøy som gjør det enklere for ledere å planlegge bemanning i sammenheng med aktivitet.

Helse Midt-Norge er avhengig av gode ledere på alle nivåer. Det siste året har det regionale samarbeidet om ledelse og lederutvikling vært preget av høy aktivitet og tydelige resultater. Ledelsesnettverket fungerer svært godt, og har etablert seg som en sterk faglig arena for utvikling, koordinering og deling på tvers av foretakene. Helse Midt-Norge har utviklet en helhetlig modell for lederutvikling og lederopplæring, som gir et strukturert og tilpasset opplæringstilbud for ledere på alle nivåer.

Systematisk arbeid med oppgavedeling skal bidra til bedre kompetanseutnyttelse og frigjøre tid for kompetanse vi har knapphet av. Alle helseforetakene i Helse Midt-Norge har stor aktivitet knyttet til oppgavedeling, også understøttet av nasjonale TØRN-midler. Som del av arbeidet med oppgavedeling er det satt i gang prosjekter for å prøve ut nye arbeidstidsordninger og mer helhetlige løsninger for å utvikle ny og utnytte tilgjengelig kompetanse.

Helse Midt-Norge har innført nye felles HMS-indikatorer, og alle HF-ene har delt tiltak og kunnskap for å redusere sykefravær. Til tross for innsatsen er sykefraværet i foretaksgruppen fremdeles på et for høyt nivå, og det gjenstår å oppnå varige og gode resultater på området. Dette gjenspeiles også i at høy arbeidsbelastning på ansatte er blant foretaksgruppens høyeste risikoer over tid.

Helse Midt-Norge har i 2025 fortsatt sitt arbeid med å styrke egen robusthet og evne til å håndtere kriser. Spesialisthelsetjenestenes egen trusselvurdering for 2025, som Helse Midt-Norge har tatt del i å utforme, understreker at sikkerhetssituasjonen i Norge er mer krevende enn på lenge, og det er stor geopolitisk usikkerhet. Et vellykket cyberangrep mot spesialisthelsetjenesten kan få alvorlige konsekvenser for evnen til å yte helsetjenester og opprettholde helseberedskapen. Helse Midt-Norge deltar i nasjonalt arbeid for å kartlegge behov, legge planer og styrke egen evne til å ivareta spesialisthelsetjenestens oppgaver i krig. Dette gjøres i tett samarbeid med de andre helseregionene, Helsedirektoratet og Forsvaret.

I likhet med foregående år har 2025 vært et år der Helse Midt-Norge har vært mye omtalt i media, og det har vært et klart mål å delta i samfunnsdebatten. Helse Midt-Norge har flere satsninger og arbeid regionalt hvor det har vært viktig å nå ut med informasjon, internt som eksternt. Dette inkluderer informasjonsarbeid innen HelsaMi, nyansatt- og rekrutteringsprosjekt og Sikre-prosjektet. Helse Midt-Norge leverer også fast innhold til den interregionale forskningsrapporten som gis ut årlig.

Det er i 2025 inngått nye samarbeidsavtaler mellom det regionale helseforetaket, helseforetak og institusjoner i UH-sektoren, og det utarbeidet et nytt mandat for samarbeidsorganet for forskning med tydeligere roller og styrket strategisk samhandling.

2. Krav fra foretaksmøter 2025

Foretaksmøtet 15. januar 2025 – Krav og rammer for 2025

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Stortingets behandling av Prop. 1 S (2024–2025), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2025, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Vi ber om en beskrivelse av regionens oppnådde resultater i 2025 og regionens vurdering av disse sett i lys av styringskravene. Foreløpige resultater kan legges til grunn dersom endelige resultater ikke foreligger ennå.

Resultat

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok et samlet budsjett for helseforetakene i Helse Midt-Norge med mål om et resultat på -50 millioner kroner i 2025. Samlet resultat inkludert Helseplattformen ble vedtatt til 121 millioner kroner i underskudd.

Helse Midt-Norge fikk i 2025 et resultat (foreløpig) for helseforetakene på 4 mill. kroner, dette er 54 mill. kroner bedre enn resultatkravet. Inkludert Helseplattformen ble resultatet et underskudd på 36 mill. kroner som er 85 mill. kroner bedre enn resultatkravet.

Foreløpig resultat i foretakene fordeler seg som følger:

Resultat 2025 HMN Tall i tusen	Denne periode			Hittil i år		
	Resultat	Budsjett	Avik	Resultat	Budsjett	Avik
St.Olavs Hospital	16 000	18 400	-2 400	190 100	160 000	30 100
Helse Møre og Romsdal	-40 900	-10 800	-30 100	-547 000	-297 000	-250 000
Helse Nord-Trøndelag	37 800	-11 300	49 100	-168 000	-200 000	32 000
Sykehusapotekene i Midt-Norge	-2 700	-400	-2 300	-44 200	-24 100	-20 100
Hemit	-3 900	-8 200	4 300	21 100	0	21 100
Helse Midt-Norge RHF	114 800	28 100	86 700	571 500	362 000	209 500
Trøndelag Ortopediske verksted	5 500	400	5 100	20 400	6 900	13 500
HMN foretaksgruppen ekskl. HP	123 400	16 300	107 100	3 700	-50 100	53 700
Helseplattformen	-3 600	200	-3 800	-40 000	-71 000	31 000
Helse Midt-Norge Foretaksgrupper	119 800	16 500	103 300	-36 300	-121 100	84 700

I revidert nasjonalbudsjett 2025 (Prop. 1046 S (2024-2025)), som ble lagt frem 15. mai 2025, ble Helse Midt-Norge RHF trukket 2 mill. kroner i basisramme relatert til korrigering av prisomregning og egenandelsfritak psykisk helsevern og rusbehandling. Bevilgningen til resultatbasert finansiering ble redusert med 6,3 mill. kroner.

Helse- og omsorgsdepartementet la frem endringer i statsbudsjettet 2025 (Prop. 20 S (2025-2026)) 21. november 2025. Endringer i helseregionenes rammer omfattet oppdaterte anslag på pensjon, faktisk aktivitetsutvikling 2025, samt oppdaterte anslag på kostnader til Medevac-pasienter (øremerkede midler). Helse Midt-Norge fikk i denne sammenheng en økt bevilgning på 1 824 millioner kroner som ble fordelt i henhold til regionens inntektsmodell.

Driftskredittramme

Helse Midt-Norge RHF hadde ved starten av året en driftskredittramme på 3 775 mill. kroner. Helseregionene har hatt anledning til å benytte premiefond til betaling av pensjonspremie i 2025. Helse Midt-Norge RHF sin bruk av premiefond økes med 795 mill. kroner. Driftskredittrammen for Helse Midt-Norge RHF ble 12. juni 2025 i foretaksmøtet redusert med 907 mill. kroner fra 4 693 mill. kroner til 3 786 mill. kroner ved utgangen av 2025. På bakgrunn av Stortingets behandling av endringer i statsbudsjettet 2025 i desember 2025 ble Helse Midt-Norge sin ramme for driftskreditt redusert med 1410 mill. kroner basert på oppdatert informasjon fra pensjonsleverandørene. Driftskredittrammen ble satt til 2 376 mill. kroner ved utgangen av 2025.

Vi ber om oversikt over investeringer i 2025. Større avvik i lånefinansierte prosjekter skal meldes inn.

Helse Midt-Norge RHF ble i foretaksmøte 16. januar 2024 tildelt låneramme til oppgradering og nybygg (AIO) ved Ålesund sykehus i Helse Møre og Romsdal på 881 millioner kroner (pr. 1.7.2023). Gjenstående låneramme før utbetalinger i 2025 (kroneverdi 1.7.2024) var 796,6 millioner kroner. For 2025 ble Helse Midt-Norge, i foretaksmøtet i januar, tildelt 389,3 mill. kroner.

Styret vedtok 6. februar (sak 010-2025) et investeringsbudsjett for 2025. Tabellen nedenfor viser samlet investeringsnivå pr. foretak og foretaksgruppen samlet for 2025.

Investeringer per helseforetak <i>Tall i tusen</i>	2025		
	Faktisk	Budsjett	Avvik
St. Olavs Hospital	220 200	397 700	- 177 500
Helse Møre og Romsdal	1 347 700	1 149 000	198 700
Helse Nord-Trøndelag	150 300	185 000	- 34 700
Sykehusapotekene i Midt-Norge	44 000	50 500	- 6 500
Hemit	126 700	287 000	- 160 300
Helse Midt-Norge RHF	89 200	80 600	8 600
Sum investeringer	1 978 100	2 149 800	- 171 700
Egenkapitalinnskudd til pensjonskassen	87 700	82 500	5 200
Helse Midt-Norge foretaksgruppen	2 065 800	2 232 300	- 166 500

Foreløpige regnskapstall for 2025 viser aktiverte investeringer på 1 978 millioner kroner. I tillegg hadde foretaksgruppen nesten 90 millioner kroner i egenkapitalinnskudd. Faktisk aktiverte investeringer er om lag 7,5 prosent lavere enn budsjett. Mindreforbruket knytter seg i hovedsak til et lavere kostnadspådrag enn planlagt på IT- og byggeprosjekter.

Den største investeringen i 2025 har vært Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR). Sykehuset har vært i full drift siden mai 2025 og påløpte kostnader i 2025 er knyttet til sluttoppgjør, byggelånsrenter, utenomhusarbeider og garantiarbeid/tilpasninger etter innflytting. Prosjektet har et merforbruk i 2025 som må sees opp mot et mindreforbruk i 2024. Det fremlegges en sluttrapport for prosjektet våren 2026.

Prosjektet oppgradering og nybygg i Ålesund (AIO) har et mindre forbruk enn budsjett i 2025, men fremdriften er stort sett i henhold til plan. Økonomien er den største risikoen, og det er iverksatt flere risikoreducerende tiltak som følges tett opp av helseforetakets styre.

Helikopterplattform i Namsos forventes ferdigstilt i februar 2026 innen de økonomiske rammer som er gitt.

Andre foretaksmøter og øvrige aktuelle saker i 2025

Foretaksmøte 19. februar 2025

Sak 3 Ventetider

1. For å sikre at målene om ventetider nås i 2025, bes de regionale helseforetakene umiddelbart forsterke innsatsen med å redusere antall ventende og ventetider slik at en har god kontroll på utviklingen framover og slik at styringsmålene nås. De regionale helseforetakene skal sikre en aktivitet fremover som tilsvarer egne kapasitetsberegninger inkludert buffer, samt at aktiviteten må økes tilsvarende det helseregionene per 19. februar 2025 ligger etter sine egne planer. Dette slik at gjennomsnittlig ventetider i alle fagområder i juni 2025 er lik eller under nivået i juni 2019.

2. De regionale helseforetakene skal umiddelbart øke aktiviteten for å nå ventetidsmålene. Dette skal skje gjennom utstrakt bruk av kvelds- og helge-poliklinikker der personell som ønsker å jobbe mer får muligheten til det innen områder med ventetidsutfordringer, økt bruk av avtalespesialister og økt kjøp fra private – ved at eksisterende avtaler med private utnyttes ytterligere eller utvides, og ved at det raskt inngås nye avtaler der det vil ha størst effekt for å redusere ventetidene. Tiltakene må vedvare så lenge det er behov for å kunne være sikker på at styringsmålene nås. I tillegg er det viktig at det fremdeles jobbes aktivt med tiltak som vil øke kapasiteten og effektiviteten også på lengre sikt, som for eksempel bedre ansvars- og oppgavedeling, fjerning av tidstyver, økt bruk av ny teknologi og digitale løsninger, behovsstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging, reduksjon av unødvendige kontroller, samt styrket langsiktig samarbeid med private aktører.

3. De regionale helseforetakene skal ukentlig rapportere på status for ventetider, antall ventende og aktivitet gitt deres egne kapasitetsberegninger inkludert en buffer på 20 prosent. Rapporteringen skal både gis på regionalt nivå og helseforetaksnivå/ sykehusnivå, slik at det klart kommer frem hvilke helseforetak/sykehus og fagområder som har størst utfordringer.

4. Foretaksmøtet forventer at økte budsjetttrimmer til de regionale helseforetakene brukes til å øke kapasiteten og aktiviteten slik at ventetidene går ned i tråd med styringsmålene.

5. Foretaksmøtet ber om at ansatte og tillitsvalgte involveres aktivt på alle nivåer i arbeidet med å redusere ventetidene. Det er viktig at forslag til mer effektiv arbeidsflyt og bedre organisering av oppgavene lyttes til og følges opp.

Målkravet om at ventetidene skulle være lavere i juni 2025 enn i juni 2019 ble nådd for psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og TSB. Kravet ble ikke nådd for somatikk, hvor ventetidene var seks dager over tilsvarende ventetid i juni 2019.

Samlet var ventetid for påbegynt helsehjelp 17 dager kortere i Helse Midt-Norge i juni 2025 enn i januar 2025. Dette er et resultat av en betydelig merinnsats fra medarbeidere i helseforetakene. Tiltak inkluderte blant annet økt bruk av kvelds- og helgepoliklinikk samt økt benyttelse av private og ideelle leverandører.

Det arbeides aktivt med tiltak som vil øke kapasiteten og effektiviteten innen poliklinikk på lengre sikt. Dette inkluderer tiltak innen teknologiske løsninger og KI, blant annet behovsstyrte helsetjenester og bruk av KI i tolkning av røntgensvar samt til generering av journalnotater. I tillegg jobbes det med tiltak innen arbeids- og oppgavedeling. Ett konkret tiltak som i tillegg kan nevnes er innføring av «rett på time» etter modell fra St. Olavs hospital. Her settes pasienten direkte opp på time, uten å først settes på intern venteliste, og meddeles denne timen i første tilbakemelding.

Ansatte og tillitsvalgte har vært involvert i oppfølgingen av ventetidsløftet gjennom de regulære strukturene for medvirkning. På regionalt nivå er det gjennomført faste møter med deltakelse fra fagdirektør, konserntillitsvalgte, konsernverneombud og brukerutvalg. Fagledernetverk innen øyesykdommer og ortopedi har utviklet planer og tiltak med bred involvering fra fagmiljøene. Løpende rapportering fra helseforetakene og regional oppfølging sikrer involvering via etablerte partssamarbeid.

Ukentlig rapportering av ventetider ble gjennomført i tråd med oppdraget.

Foretaksmøte 12. juni 2025

Helse Midt-Norge RHF bes om å:

- sørge for å videreføre pilotering av protesekirurgi som mulig dagbehandling ved SNR Hjelset. Det lokale fagmiljøet skal involveres i prosjektutforming og definisjon av kriterier for måloppnåelse
- snarest utarbeide en forpliktende tidsplan for gjennomføring av piloten, evaluering av tilbudet og veien videre.
- legge til rette for en forskningsbasert og uavhengig evaluering av piloten, basert på anerkjente metoder og utfallsmål, og med medvirkning fra lokalt fagmiljø supplert med relevant ekstern kompetanse.
- tilbakeføre tilbudet med dagbasert protesekirurgi med nødvendige støttefunksjoner til SNR Kristiansund dersom piloten ved Hjelset vurderes å være faglig vellykket, herunder ivaretar hensynet til forsvarlighet og pasientsikkerhet

Helse Midt-Norge RHF ble i foretaksmøte 12. juni 2025, sak 9, gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å videreføre pilotering av protesekirurgi som mulig dagbehandling ved Sjukehuset Nordmøre og Romsdal, Hjelset. Oppdraget er gitt videre til Helse Møre og Romsdal HF i foretaksmøte 24. juni 2025, og er fulgt opp i styresak 92/25, behandlet 22. oktober 2025.

Helse Midt-Norge RHF bidrar økonomisk med en strategisk tildeling på 3 mill. kroner til å gjennomføre en vitenskapelig evaluering i tråd med oppdraget.

Helse Møre og Romsdal har, under ledelse av fagdirektør, etablert en styringsgruppe med representanter fra blant annet alle sykehusklinikker og ansattes organisasjoner. Styringsgruppen avholdt sitt første møte 6. november 2025. Det er rekruttert prosjektleder, og det er etablert samarbeid med to professorer tilknyttet Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for leddproteser og hoftebrudd, herunder Nasjonalt register for leddproteser ved Helse Bergen og Universitetet i Bergen.

Det inkluderes pasienter fra flere lokalisasjoner i Helse Møre og Romsdal for raskt å oppnå et tilstrekkelig antall deltakere som har fått gjennomført protese kirurgi som dagbehandling. Forskningsprotokoll, REK-vurdering og databehandleravtaler er under arbeid. Evalueringen skal være uavhengig og forskningsbasert, med ekstern metodekompetanse. Målet er at sluttevalueringen skal styrebehandles i 2027. Helse Møre og Romsdal oppgir at prosjektet skal gjennomføres i tråd med oppdragets krav til faglig forsvarlighet, pasientsikkerhet og forskningsbasert tilnærming. Det legges til rette for overføringsverdi til andre helseforetak.

3. Oppdragsdokument 2025

Kvalitative mål

Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpeligheit og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, barn og unge med store og sammensatte behov og personer med flere kroniske lidelser, skal motta sammenhengende tjenester med trygge overganger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og få dekket sine behov for habilitering og/eller rehabilitering.

Det er iverksatt en rekke tiltak og prosjekter i regi av helsefellesskapene, blant annet støttet med rekrutterings- og samhandlingstilskudd, for å sikre et godt og helhetlig tilbud til disse gruppene. Helseplattformen er et felles verktøy i samhandlingen. Det benyttes også videoløsninger, digital hjemmeoppfølging og faste møtepunkt med kommuner og fastleger for å sikre trygge overganger. Samhandlingsavvik blir meldt og fulgt opp i kvalitet- og forbedringsarbeidet, men det er risiko for underrapportering både til og fra helseforetakene.

Gjennom prosjektet *Helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem for akutt syke* i nordre Trøndelag arbeides det aktivt med å utvikle de akutte pasientforløpene, der pasienter i de prioriterte pasientgruppene utgjør de største forbrukerne av tjenester. Det er tatt beslutning om bruk av News2 og ISBAR som felles system for tidlig vurdering og kommunikasjon, og helsefellesskapet jobber aktivt med implementering av dette i hele behandlingsskjeden.

Helsefellesskapet i nordre Trøndelag har i arbeid med ny handlingsplan for 2026-2029 sett særlig behov for en målrettet satsing på samhandling om pasientforløp for eldre med skrøpeligheit og personer med alvorlig psykiske lidelser, rusproblemer og voldsrisiko, og har startet forberedelser for en slik satsing. I dette arbeidet vil det bli lagt vekt på å bygge på kunnskapsgrunnlag og dokumenterte tiltak på disse områdene fra andre helsefellesskap.

Helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre er utarbeidet og innført i søndre Trøndelag og Møre og Romsdal. CFS (Clinical frailty scale) er aktivt tatt i bruk for gevinstrealisering på flere områder, deriblant som del av å gjøre «Kloke valg». CSF-score er synlig i Helseplattformen. Ulike utskrivningsteam (prosjekt på tvers av nivåene) er igangsatt, blant annet med mål om å forbedre overganger for denne pasientgruppen og «rute» flest mulig pasienter til hjemmet.

På området barn og unge er prosjektet *Bedre samhandling om barn og unge med behov for sammensatte tjenester* igangsatt i søndre Trøndelag, og en forventer implementering av tiltak i 2028. Her skal det utarbeides et generisk pasientforløp for barn og unge med konkrete tiltak, en samarbeidsmodell og en modell for kompetansedeling. Det har ellers vært lagt vekt på å utvikle gode pasientforløp for barn og unge med sammensatte behov, med sammenheng med kommunale tjenester både innen oppvekst og helse- og omsorg. I nordre Trøndelag jobbes det nå med implementering av ny felles retningslinje for samhandling på dette området, som bygger på å ta i bruk den felles samhandlingsmodellen BTI - Bedre Tverrfaglig Innsats.

For å skape en felles og omforent forståelse av utfordringsbildet for pasienter i psykisk helsevern, er det begynt et arbeid med å utarbeide et felles kunnskapsgrunnlag om utskrivningsklare pasienter i denne gruppen.

Trondheim kommune og St. Olavs hospital utreder boligsamarbeid knyttet til overgangsboliger / ROP-boliger / sikkerhetsboliger.

Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden.

Det nasjonale prosjektet for evaluering av følgetjenesten til gravide er avsluttet, og rapport sendes inn til Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2026. Rapport, følgebrev og kunnskapsgrunnlag er vedlagt årlig melding. Rapporten vil bli lagt til grunn for oppfølgingen av helseforetakene, med vekt på følgende tiltak:

- Sørge for at det eksisterer gyldige samhandlingsavtaler om følgetjeneste mellom enkelte helseforetak og kommuner
- Bidra med kompetanseheving og akuttmedisinsk trening for jordmødre i følgetjenesten
- Bedre informasjonen til kvinner om tjenesten
- Utvikle et registrerings skjema for følgetjenesten slik at opplysninger blir registrert på en standardisert måte, og at det vil være lettere å overvåke bruken av tjenesten og evaluere denne.

Det er igangsatt et regionalt arbeid som skal vurdere oppgavedeling og god organisering innen fagområdet. Dette vil pågå utover 2026. I tillegg er det påbegynt et arbeid med en ny regional plan for svangerskap- fødsel- og barselomsorgen.

Spesialisthelsetjenesten skal arbeide systematisk med prioritering og unngå overbehandling og overdiagnostikk.

Helse Midt-Norge bidrar i Nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR), og har i løpet av 2025 dannet et Regionalt nettverk for pasientsikkerhet og beste praksis som skal understøtte den nasjonale satsingen samt finne og utbedre regionale utfordringer. Det ble september 2025 arrangert et dagsmøte for fagledernetverkene i Helse Midt-Norge der prioritering, overdiagnostikk og overbehandling var på agendaen. Variasjon i forskrivning av legemidler er belyst i en egen styresak (sak 135-2025), der det også er påpekt mulig overforbruk av noen typer legemidler. St. Olavs hospital ble september 2025 «kloke valg-sykehus».

Det skal være trygt for ansatte i spesialisthelsetjenesten å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.

Helseforetakene har i 2025 videreført arbeidet med å styrke meldekultur, i tillegg til å styrke læring og forbedring etter avviksmeldinger og forbedringsforslag for bedre

pasientsikkerhet. Omfanget av meldinger (pasientrelaterte, HMS- og #Råbra-meldinger) er monitorert tertialvis i virksomhetsrapporteringen. Omfanget av avviksmeldinger har vært relativt stabilt gjennom året, men med en økning i tredje tertial i alle HF. Samtidig er omfanget av meldte avvik redusert i alle HF sammenlignet med foregående år.

Ved St. Olavs hospital er statistikk over meldinger og status for den enkelte klinikk gjort tilgjengelig for alle gjennom en egen PowerBI-rapport, og kan brukes i klinikkene ved intern rapportering.

Helseforetakene har gjennomført opplæring i meldekultur, psykologisk trygghet og saksbehandling, og etablert eller videreutviklet arenaer som kvalitetsnettverk for å sikre systematisk læring. Her kan blant annet nevnes de klinikkvise KVAM-utvalgene (kvalitet/arbeidsmiljø) i Helse Nord-Trøndelag. Tiltak for å tydeliggjøre hva som skal meldes, forbedre tilbakemeldinger og styrke psykologisk trygghet er gjennomført i alle helseforetak.

Sykehusforetakene og Sykehusapotekene i Midt-Norge har innført #Råbra-meldinger i meldesystemet som et arbeidsmiljøtiltak, og her sees en økning i alle HF gjennom året.

Indikatorer

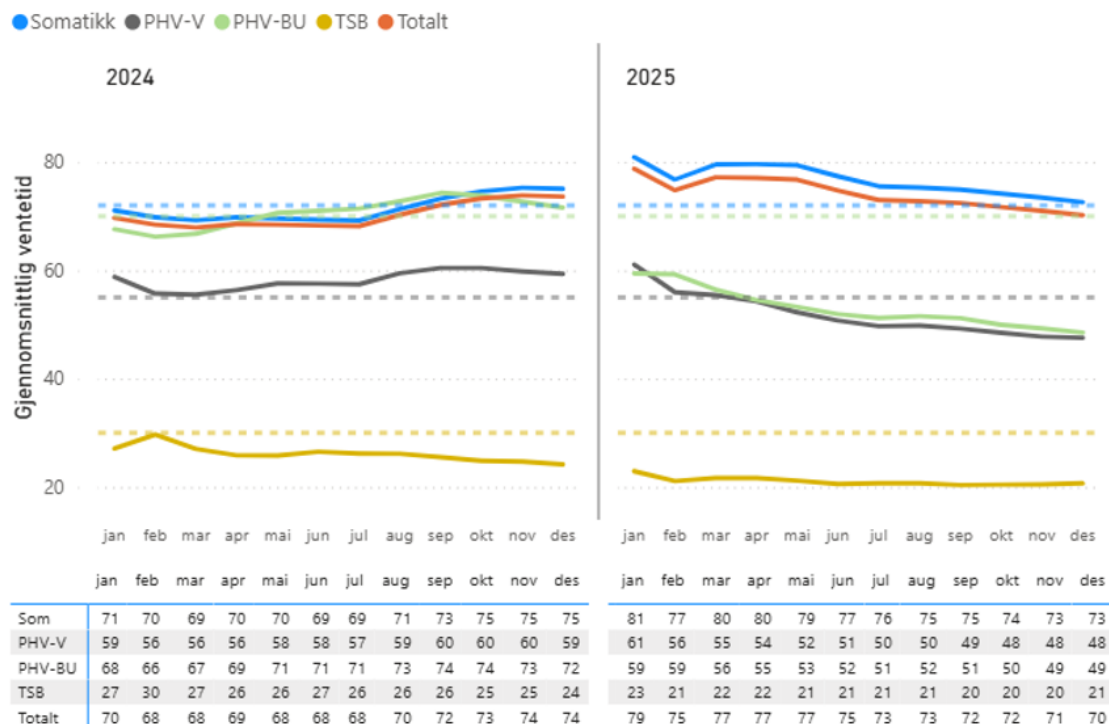
Gjennomsnittlig ventetid for Helse Midt-Norge RHF skal i 2025 være lik eller under 61 dager i somatikken, 44 dager i psykisk helsevern voksne, 45 dager i psykisk helsevern barn og unge og 33 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Regionen nådde ikke ventetidsmålet innen somatikk samlet sett. For regionen som helhet inklusive private leverandører var gjennomsnittlig ventetid 73 dager i 2025. St. Olavs hospital nådde imidlertid målet, med en gjennomsnittlig ventetid i 2025 på 57 dager. Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal HF hadde en gjennomsnittlig ventetid innen somatikk på hhv. 68 og 73 dager.

Kravet var heller ikke innfridd innen psykisk helsevern for voksne (PHV). Gjennomsnittlig ventetid for regionen samlet i 2025 var på 48 dager. Dette er en reduksjon på 11 dager sammenliknet med 2024. Gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) var også over målkravet i regionen samlet sett, med 49 dager. Dette er en reduksjon på 23 dager sammenliknet med forrige år.

TSB hadde i 2025 21 dager ventetid samlet sett i regionen. Helse Midt-Norge RHF innfrir kravet på området.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste, hittil i år. HMN



Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.

Målet er ikke nådd. Totalt er 57 prosent av pakkeforløpene for 24 kreftformer gjennomført innen standard forløpstid i 2025, på helseforetaksnivå henholdsvis 54,3 prosent (Helse Nord-Trøndelag), 56 prosent (St. Olavs hospital) og 65,2 prosent (Helse Møre og Romsdal). Årsaken til manglende måloppnåelse er kapasitetsutfordringer innen enkelte fagområder, og manglende eller ikke korrekt registrering. Det har i 2025 vært utfordringer med datakvalitet, slik at tallene må leses med forbehold.

Det er iverksatt tiltak for å forbedre kapasitet på utsatte fagområder. I tillegg er det arbeidet med forbedringer på teknisk og organisatorisk side for å sikre korrekt rapportering. Sistnevnte er koordinert gjennom en regional arbeidsgruppe under ledelse av Helse Midt-Norge RHF og med deltakere fra Helseplattformen AS og helseforetakene. Arbeidsgruppen ble etablert våren 2025. Gruppen har kartlagt utfordringer og identifisert både tekniske og organisatoriske/prosessuelle løsningsforslag. Målet var å rapportere riktige data fra Helse Midt-Norge innen utgangen av 2025. Noen tiltak er blitt gjennomført, men det er behov for å fortsette arbeidet i 2026.

Regionen skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (maks 5 pst. passert planlagt tid) innen alle fagområdene.

Målet er ikke nådd. St. Olavs hospital har en måloppnåelse på 85,9 prosent, Helse Møre og Romsdal 83,8 prosent og Helse Nord-Trøndelag 86,2 prosent. Det er variasjon mellom

fagområder i måloppnåelsen. Samtlige helseforetak melder at ventetidsløftet har gitt økt oppmerksomhet om nyhenviste pasienter, noe som kan ha påvirket måloppnåelsen.

Regionen skal ha en reduksjon i reinnleggelser som kan forebygges gjennom god samhandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB.

Målet er ikke nådd for noen av regionens helseforetak eller fagområder.

Det jobbes med gevinstrealisering av Helseplattformen på dette området, og Helse Midt-Norge vil forvente å kunne presentere resultater fra dette når en har noe lengre observasjonstid i flere kommuner.

Innen somatikk angir St. Olavs hospital at tallene er stabile med 10,8 prosent både i 2024 og 2025. Helseforetaket har etablert en KPI i prosjektet «forsterket utskrivningsteam» som jobber med reduksjon i andel UKP som skrives ut til hjemmet. Kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten for oppfølging av hjemmeboende eldre synes å være en utfordring. St. Olavs hospital har satt ned en gruppe som skal se på årsakene til reinnleggelse innen somatikk og psykiatri.

Helse Møre og Romsdal angir at reinnleggelser innen somatikken økte fra 11,6 prosent i 2024 til 13,4 prosent i 2025. Innføring av Helseplattformen kan ha gitt lavere rate i 2024, og innflytting i nytt sykehus (SNR Hjelset) kan ha påvirket tallene i 2025. Foretaket har flere iverksatte tiltak som skal bidra til måloppnåelse:

- Bruk av pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) i forbindelse med utskriving. Dette er et tverrfaglig tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å gi eldre med sammensatte og kroniske lidelser et bedre, raskere og mer omfattende helsetilbud.
- Riktig legemiddelbruk med riktig legemiddelsamstemming og bruk av klinisk farmasøyt for å gå gjennom legemiddelliste med pasient vil kunne redusere risiko for feil legemiddelbruk og reinnleggelser som følge av dette. Det skal nå være klasseromsundervisning av alle leger for å bedre legemiddelsamstemmingen i HMR. Undervisningen skal utføres av kliniske farmasøyter.
- Prosjektet *Samhandlingsoptimalisering med Helseplattformen (SAMOPP)* er et samarbeid mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene Ålesund, Molde og Kristiansund. Målet er å styrke samhandlingen mellom aktørene i helsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp ved hjelp av Helseplattformen.

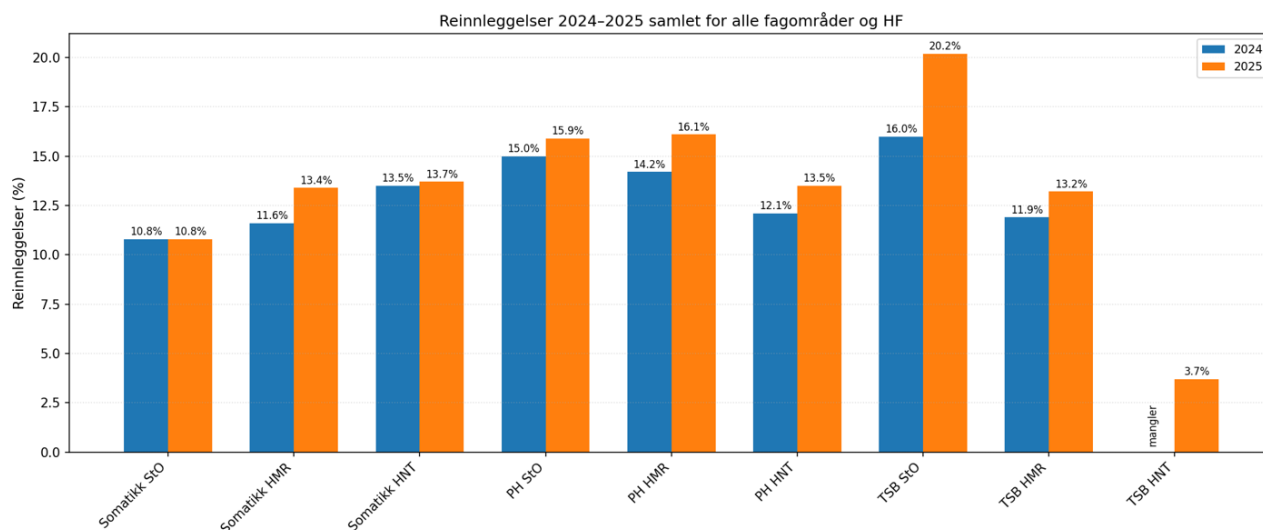
I Helse Nord-Trøndelag økte reinnleggelser innen somatikken fra 13,5 prosent i 2024 til 13,7 prosent i 2025, men med variasjon mellom fagområder. Helseforetaket arbeider med å styrke samhandlingen med førstelinjetjenesten, blant annet med tanke på PLO-meldinger, og utsending av epikriser.

Innen psykisk helsevern angir St. Olavs hospital at andelen reinnleggelser økte fra 15 prosent i 2024 til 15,9 prosent i 2025, mens Helse Møre og Romsdal angir en økning i reinnleggelser fra 14,2 prosent i 2024 til 16,1 prosent i 2025. Det er satt i verk tiltak i form av omfattende standardisert "utskrivingspakke" for å sikre bedre overganger etter utskriving fra sengepost. Det vises til at økt sengekapasitet i 3. tertial er forventet å gi effekt.

Helse Nord-Trøndelag angir en økning i reinnleggelser fra 12,1 prosent i 2024 til 13,5 prosent i 2025. Det vises til at dette er små variasjoner som kan forstås som normale svingninger. Alle ikke-planlagte reinnleggelser har kommet ved akutt / subakutte seksjoner der det er mer normalt at man opplever reinnleggelser.

Innen TSB hadde St. Olavs hospital en økning i akutte reinnleggelser fra 16 prosent i 2024 til 20,2 prosent i 2025, mens Helse Møre og Romsdal økte fra 11,9 til 13,2 prosent. Helse Nord-Trøndelag har ikke tall for 2024, tall for 2025 er 3,7 prosent.

Det er påbegynt et systematisk samarbeid med kommunene for å redusere reinnleggelser i tilknytning til innføring av integrert ettervern. Dette er et nasjonalt oppdrag ledet av Helse Sør-Øst. Det er stor variasjon i hvordan denne tjenesten er organisert nasjonalt, noe som gjør dette mindre egnet som styringsparameter for sammenligning.



Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn den demografiske veksten lagt til grunn i Prop. 1 S (2024–2025).

Kravet er ikke innfridd for foretaksgruppen.

- Psykisk helsevern voksne har en nominell økning på 2,2 prosent i 2025 målt mot 2024.
- Psykisk helsevern barn og unge har en nominell reduksjon på 1,7 prosent i 2025 målt mot 2024.
- TSB har en nominell økning på 4,1 prosent i 2025 målt mot 2024.

Hovedårsak til at kravet ikke er innfridd er at Helse Midt-Norges samlede kostnader økte med kun 0,37 prosent i 2025. Helseregionen hadde i 2024 et kostnadsnivå som ikke var bærekraftig. I 2025 er det arbeidet med å redusere de samlede kostnadene. Utviklingen i kostnader knyttet til TSB og psykisk helsevern må sees i sammenheng med den samlede kostnadsutviklingen.

Hovedmål 1: Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp

Helse Midt-Norge RHF skal realisere målene i Ventetidsløftet om markant nedgang i gjennomsnittlige ventetider for påbegynt helsehjelp. Det vises til krav stilt i foretaksmøtet 5. november 2024.

Det rapporteres på tiltak som er iverksatt for å sikre tilstrekkelig kapasitet, inkludert usikkerhetsbuffer på minimum 20 prosent.

Helse Midt-Norge RHF skal kartlegge kapasitet hos private aktører innen fagområder med flest ventende og lengst ventetider. Frist for kartlegging: 1. februar 2025

Helse Midt-Norge RHF har i 2025 arbeidet målrettet for å realisere Ventetidsløftet, og regionen har oppnådd en markant nedgang i ventetider sammenlignet med utgangen av 2024. Ventetiden for påbegynt helsehjelp ble redusert med 11 dager i somatiske fag, 8 dager i psykisk helsevern voksne og 19 dager i psykisk helsevern barn og unge. For TSB har ventetidene vært stabile og lave gjennom hele perioden. Regionen har også hatt en betydelig reduksjon i antall pasienter på venteliste, 20 prosents nedgang innen somatikk, 22 prosents nedgang innen psykisk helsevern voksne og en reduksjon på 33 prosent innen psykisk helsevern barn og unge.

Styringen av Ventetidsløftet har vært tett fulgt opp med månedlige regionale møter, handlingsplaner fra alle helseforetak og en egen insentivordning som ble iverksatt våren 2025 og som ga økt poliklinisk aktivitet. Helseforetakene har endret arbeidsprosesser, økt kapasitet og tatt i bruk metodikken «rett på time».

For å sikre tilstrekkelig kapasitet og usikkerhetsbuffer har Helse Midt-Norge aktivt benyttet private og ideelle leverandører. Det ble gjennomført ekstra anskaffelser innen øye og hud, økte kvoter til avtalespesialister og regionale forbedringstiltak innen fag som ortopedi og øyesykdommer. Denne kapasiteten har fungert som en effektiv buffer der foretakenes interne kapasitet har vært under press.

Kartleggingen av private aktørers kapasitet ble gjennomført innen fristen 1. februar 2025, med særlig oppmerksomhet rettet mot fagområdene med flest ventende og lengst ventetider (blant annet øre-nese-hals, øye, ortopedi, nevrologi, hud og plastikkirurgi). Kartleggingen viser at privat kapasitet var tilgjengelig i flere av disse fagene. Helse Midt-Norge hadde allerede avtale med privat avtaleleverandør innen flere fagområder. Det ble anskaffet tjenester innen øye og hudsykdommer. Bruk av denne kapasiteten har bidratt til å redusere ventetidene gjennom 2025.

St. Olavs hospital HF har oppnådd ventetidsmålene i alle fagområder, mens Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF har behov for forsterket innsats innen særlig somatikk. Det er derfor gitt særskilte oppdrag til disse to foretakene om å utarbeide tiltaksplaner og oppnå ventetider under nivået i 2019 i løpet av andre halvår 2026.

Alle steder det er hensiktsmessig skal Helse Midt-Norge RHF intensivere arbeidet med å gå fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Brukerorganisasjonene skal involveres på egnet måte.

Målet er innfridd. Helseforetakene har jobbet målrettet med å øke bruken av behovsstyrt oppfølging og digital hjemmeoppfølging. Det ble etablert en regional arbeidsgruppe ledet av Helse Møre og Romsdal HF, som har jobbet systematisk med bredding av eksisterende tilbud mellom HF og utarbeidelse av nye tilbud. Det er jobbet med felles metodikk og prosessbeskrivelser, kartlegging av mulighetene med HelsaMi og regional forankring av tilbud gjennom fagledernetverkene. Det har vært utfordrende å sikre felles forståelse innad i helseforetakene for hvordan HelsaMi skal fungere som verktøy, og hvordan man får meldt inn endringer og nye forløp.

St. Olavs hospital følger opp oppdraget gjennom sitt innovasjonsprogram innen satsningsområdet digitalisering. Helseforetaket har vektlagt utarbeidelse av metodikk og implementering av behovsstyrte poliklinikker/ oppfølging.

Helse Møre og Romsdal ligger langt fremme i utviklingen av behovsstyrte tjenester, og har startet overgangen fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk innen flere fagområder. Dette innebærer endrede arbeidsprosesser, IKT-tilpasninger og kompetanseheving, og bidrar til færre unødvendige kontroller. Digital hjemmeoppfølging er tatt i bruk der det er faglig forsvarlig, og rundt 11 % av pasientene er nå i behovsstyrt oppfølging. Brukerorganisasjonene involveres gjennom brukerutvalget.

Helse Nord-Trøndelag har hatt en økning i bruken, og har opprettet et eget internt team som bistår avdelingene med oppstart og innføring av behovsstyrt tilbud. Noen enheter, som klinikk for psykisk helsevern og rus, har arbeidet strukturert med dette i flere år. Andre fagområder som medisin, kirurgi og kvinne, barn og familie har pågående forbedringsarbeid. Det gjennomføres kartlegging og oppstart av piloter.

Målet for det regionale arbeidet i 2025 var å øke andelen skjemasert pasientoppfølging og monitorering basert på pasientrapporterte utfallsmål fra 0,76 prosent i februar 2025 til over 3 prosent ved utgangen av 2025. Dette målet ble ikke nådd, men det har vært en god utvikling. I desember var andelen økt til 2 prosent. Det arbeides nå mot at regionen samlet skal nå en andel på 3 prosent i juni 2026. I det regionale arbeidet deltar brukerrepresentant fra regionalt brukerutvalg i det regionale nettverket for digitale helsetjenester, som følger utviklingen tett.

Helse Midt-Norge RHF skal gjennomgå praksis med oppgavedeling og kontroller innenfor minimum de fem fagområdene med lengst ventetider og ventelister, med mål om å redusere antall unødvendige kontroller og sikre bedre pasientflyt. Brukerorganisasjonene skal involveres på egnet måte.

Helse Midt Norge RHF har i 2025 gjennomført en systematisk gjennomgang av praksis for kontroller og oppgavedeling i de fagområdene som har hatt lengst ventetider og ventelister. Øre-nese-hals, øyesykdommer, ortopedi, kvinnesykdommer og hudsykdommer har hatt særlig prioritet. I tillegg har nevrologi og plastikkirurgi fått oppmerksomhet. Alle disse

fagene har gjennom flere år hatt enten betydelig økning i antall pasienter med rett til helsehjelp eller langvarige kapasitetsutfordringer.

Arbeidet har omfattet vurdering av kontrollvolum, muligheter for oppgavedeling og harmonisering av praksis mellom foretakene. Innen ortopedi er det etablert regionale arbeidsgrupper som arbeider med å standardisere rettighetsvurderinger og kontroller. Innen øyesykdommer er det utarbeidet en regional handlingsplan som også omfatter gjennomgang av kontrollregimer og oppgavedeling for å sikre en mer bærekraftig tjeneste.

Gjennomgangen viser at det er betydelig potensial for å redusere unødvendige kontroller og flytte egnede oppgaver til andre faggrupper eller til lavere nivå når dette er medisinsk forsvarlig. Dette bidrar til bedre pasientflyt og har medvirket til reduksjonen i ventetider gjennom 2025. Flere av fagene har hatt en tydelig forbedring i ventetider siste år, selv om noen fortsatt ligger over nivåene i 2019.

Brukerorganisasjonene har vært involvert gjennom representasjon i regionale oppfølgingsmøter, som har vært den faste styringsarenaen for Ventetidsløftet. Her har også konserntillitsvalgte og konsernverneombud bidratt.

Arbeidet vil fortsette i 2026 som en integrert del av foretakenes tiltaksplaner. Reduksjon av unødvendige kontroller og bedre oppgavedeling vil være sentrale virkemidler for ytterligere å redusere ventetidene og styrke pasientflyten i fagområdene med størst press.

Pasientens legemiddelliste:

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre bedre kvalitet i e-reseptkjeden ved å tilrettelegge teknisk for bedre samsvar mellom legemiddelinformasjon i epikriser og e-resepter.
- Helse Midt-Norge RHF skal legge planer for innføring av pasientens legemiddelliste og avklare rekkefølge for helseforetakenes innføring, inkludert synliggjøring av avhengigheter til leverandører.
- Helse Midt-Norge RHF skal tilrettelegge for pasientens legemiddelliste i egne journalsystemer.

Helse Midt-Norge har arbeidet med planleggingen for regional innføring av pasientens legemiddelliste høsten 2025. Arbeidet videreføres gjennom regional innføring i 2026. I dag legges det teknisk til rette for:

- 1) Det gjøres automatisk oppslag mot Reseptformidleren før legemiddelsamstemming gjennomføres ved utskriving.
- 2) Legemiddelsamstemming ved utskriving understøttes av den tekniske løsningen.
- 3) Samstemt legemiddelliste hentes automatisk og strukturert inn i epikrisen.

Punktene over skal sikre kvalitet i e-resept og bedre samsvar mellom legemiddelinformasjon i epikriser og e-resept.

Helseplattformen har fått godkjent en trinnvis innføring av e-resept, e-multidose og Pasientens legemiddelliste. Fremdrift er avtalt i prosjektavtale mellom Norsk helsenett og Helseplattformen. Arbeidet med innføring av e-multidose pågår, hvor teknisk løsning i Helseplattformen ble godkjent av Norsk helsenett 10. desember. Pilotering av fastlegefunksjonaliteten i Vanylven kommune er utsatt i påvente av feilretting og ny testing blant annet i apoteksystemet som skal benyttes i pilot. Dette planlegges gjennomført første halvår 2026.

Det er avdekket utfordringer knyttet til mulighet for helhetlig testing i hele e-reseptkjeden. Feil i flere deler av kjeden påvirker GoLive-dato for e-multidose i Helseplattformen og dermed også pasientens legemiddelliste.

Uklart omfang for pasientens legemiddelliste i pleie- og omsorgsmeldinger anses som en risiko for Helseplattformen, som er en felles løsning for spesialist- og kommunehelsetjenesten og dermed har avhengigheter som ikke treffer nivåspesifikke journalsystemer i samme grad.

Pasientens prøvesvar:

Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre utprøving av pasientens prøvesvar med formål helsehjelp med oppstart senest andre halvår 2025.

Helse Midt-Norge har etablert et regionalt prosjekt for innføring av pasientens prøvesvar, og planlegger innføring i tråd med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Produksjonsetting planlegges i første kvartal 2026, forutsatt at det ikke oppstår uklarheter knyttet til retningslinjer og nasjonale føringer innen personvern og tilgang.

Pasientens journaldokumenter:

- Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for at øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten kan få innsyn i journaldokumenter.
- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp at avtalespesialistene deler relevante journaldokumenter med helse- og omsorgstjenesten.

Helse Midt-Norge følger det nasjonale prosjektet for deling av pasientens journaldokumenter, men er noe forsinket i forhold til opprinnelig plan grunnet prioritering av andre oppgaver. Prosjektet vil bli høyere prioritert i 2026, med mål om å få på plass deling i løpet av 2026. Helse Midt-Norge har felles løp med de andre regionene angående avtalespesialister.

Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av helseregionene ha en lederrolle i utprøving av deling av måledata (digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi) i samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Øvrige regioner deltar iht. til sine planer for digital hjemmeoppfølging.

Helse Sør-Øst RHF har på vegne av helseregionene hatt en lederrolle i utprøving av deling av måledata innenfor digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi, i samhandling mellom

primær- og spesialisthelsetjenesten. Øvrige helseregioner har deltatt i henhold til sine planer for digital hjemmeoppfølging.

Vellykket utprøving i produksjon ble gjennomført høsten 2025. Måledata fra ca. 50 pasienter høstet i tre kommuner (Oslo, Asker og Drammen) ble utvekslet med utvalgte spesialister på to sykehus, Oslo universitetssykehus og Vestre Viken. Utprøvingen var avgrenset til å omfatte måledata fra pasienter som har digital hjemmeoppfølging, og hvor det var behov for at måledataene ble delt med helsepersonell i andre virksomheter som deltok i oppfølging og behandling av pasientene. Pasientens måledata ble gjort tilgjengelig for helsepersonell i egen journalløsning, slik at de kunne gjøre oppslag og visning etter behov. Innbyggere fikk se sine måledata på Helsenorge og i DHO-applikasjoner.

Helse Midt-Norge følger inntil videre den oppsatte planen for nasjonal innføring, og følger med på arbeidet som utføres i Helse Sør-Øst. Ved å ta i bruk funksjonalitet som ligger i Helseplattformen har Helse Midt-Norge mulighet til å dele Pasientens måledata regionalt blant aktørene som har tatt i bruk Helseplattformen. Behandlere vil enkelt kunne se resultatet fra utførte målinger, enten gjort mens innbyggeren er hjemme eller på sykehus i pasientjournalen. Innbygger har innsyn i sine målinger via HelsaMi-applikasjonen.

Helseplattformen har integrasjon med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) som gjør at måledata deles i journalløsningen. Per august 2025 har 25 kommuner på Helseplattformen også tatt i bruk velferdsteknologisk knutepunkt. Det gir også Norsk helsenett mulighet til å hente ned data til en nasjonal tjeneste.

De regionale helseforetakene skal følge opp rapporten *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - interregional rapport 2023-2027* med regionale tiltaksplaner.

Målet er innfridd. Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital arbeider med gjennomføring av tiltak i lokale tiltaksplaner. I tillegg har de deltatt med ressurser til arbeidsgruppen som har jobbet med en revidering av den regionale tiltaksplanen. Dette arbeidet har vært hovedfokus i 2025. I tillegg til helseforetakene har representanter fra samiske språkkommuner, samisk helsenettverk og brukerrepresentant deltatt i revideringen. Arbeidet ferdigstilles i februar 2026.

Helse Møre og Romsdal, Hemit og Sykehusapotekene i Midt-Norge har ikke egne tiltaksplaner, men følger den regionale handlingsplanen. Sykehusapotekene i Midt-Norge har blant annet oversatt fagkortene som brukes i publikumsavdelingen til samisk. De kan bidra som støtte ved dialog og utleveres til den samiske befolkningen som oppsøker deres publikumsavdelinger.

I november ble det lansert et e-læringskurs for helsepersonell om samisk språk, kultur og historie. Målet med kurset er å øke ansatte kulturkompetanse knyttet til samiske pasienter. Dette kurset er et viktig tiltak i vår regionale handlingsplan. For tiltak knyttet til lærings- og mestringstilbud har vi søkt samarbeid med Helgelandssykehuset, og dette vil kunne gi god effekt i 2026.

Hovedmål 2: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Midt-Norge RHF skal, i samarbeid med kommunene, etablere ordninger for tidlig avklaringsteam (ulike typer vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne. Formålet er å sikre rask avklaring for pasienter med uavklarte behov, riktig nivå for utredning og behandling, samt god oppfølging uavhengig av om pasienter får rett til spesialisthelsetjeneste eller ikke. Det vises blant annet til anbefalinger om inntaks- og utredningsprosessen i rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern.

Oppdraget er innfridd. Ved St. Olavs hospital er det etablert tidlig avklaringsteam ved både Nidaros og Nidelv DPS, der samhandling med kommune og andre hjelpeinstanser er en viktig del av avklaringsarbeidet. Gjennom prosjekt for å sikre kritisk kompetanse i psykisk helsevern og TSB jobber tidlig avklaringsteam med å videreutvikle tilbudet i regionen.

Per i dag skjer samhandlingen med kommunen ved St. Olavs hospital hovedsakelig på individuelt nivå, og ofte i form av samarbeidsmøter i pasientsaker der dette vurderes hensiktsmessig. Ved Nidelv DPS er det i tillegg etablert en fast samhandlingsstruktur, «Samarbeid på tvers», et forum der tidlig avklaringsteam og Trondheim kommune møtes en gang per måned for å bedre samhandlingen. Det er også etablert samarbeid om avklaring av henvisning i felles prosjekt med Trondheim kommune, med tanke på digital oppfølging. Samhandling med kommunene vil fortsette å være et viktig område for videreutvikling ved tidlig avklaringsteamene i St. Olavs hospital.

Helse Møre og Romsdal samarbeider med kommunene for å videreutvikle ordninger for tidlig avklaring. Helseforetaket har sammen med Averøy og Kristiansund kommune ytret ønske om å ta i bruk dialogbasert inntak. Saken blir behandlet i lokalt samarbeidsutvalg i februar 2026, med sikte på eventuell pilot mellom psykiatrisk poliklinikk i Kristiansund, Averøy kommune og Kristiansund kommune.

Tidlig avklaringsteam har vært i drift i Helse Nord-Trøndelag ved Sykehuset Levanger, allmenn poliklinikk siden 01.01.2024, med videre innføring ved allmennpoliklinikker i Stjørdal, Levanger og Namsos våren og høsten 2025. Helseforetaket har deltatt i ulike regionale og nasjonale samlinger samt gjennomført presentasjon for ansatte i HAVO som også har hospitert i tilbudet. Tidlig avklaringsarbeid er vurdert å ha god effekt og nytte i seksjoner som har stort tilfang av henviste pasienter. Tiltaket bidrar til rask vurdering av videre oppfølgingsbehov for pasienten.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Behov for fremtidige polikliniske og ambulante behandlingstilbud, døgnbehandlingstilbud, inkludert tilbud om avrusning, skal utredes. Det skal også vurderes behovet for flerregionale og/eller regionale løsninger for behandlingstilbud. Tilbudet til samiske barn og unge med rusmiddelproblemer skal ivaretas. Økonomisk, administrative og personellmessige konsekvenser skal synliggjøres. Frist 16. mai 2026. Det skal rapporteres status for arbeidet i årlig melding for 2025.

Oppdraget er prosjektorganisert interregionalt. Arbeidet er fullført, og utkast til rapport er sendt til formell behandling i de regionale helseforetakene med planlagt styrebehandling i april 2026.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomgå bruk av tvangsmidler og tvangsinnleggelse i psykisk helsevern som grunnlag for å forebygge tvang bedre, og sørge for at alle tvangsvedtak registreres i EPJ etter gjeldende mal. Arbeidet som omhandler tvungne innleggelse gjøres i samarbeid med kommunene, herunder legevakt.

Frist: 16. mai 2026. Det skal rapporteres status for arbeidet i årlig melding for 2025.

Arbeidet med oppdraget er i rute iht. frist 16. mai 2026 og følges opp via to spor, teknisk og faglig.

Teknisk: Det er etablert en interregional samarbeidsgruppe i regi av Helse Sør Øst RHF, og det har vært avholdt regelmessige arbeidsmøter med alle RHF, Norsk pasientregister (NPR), DIPS, Helseplattformen og kodeansvarlige i helseforetak / sykehus for å avklare aktuelle problemstillinger med mål om å sikre valide datauttrekk. NPR jobber med validering av vedtaksmeldingen, i samarbeid med helseforetakene. Man anser 16. mai som et realistisk tidsperspektiv for å få kvalitetssikret rapportering fra alle helseregioner til NPR.

Faglig: I påvente av valid tallgrunnlag har oppdraget blitt drøftet med relevante instanser for samarbeid, blant annet fagledernetverk, internrevisjonen, KTV/KVO og regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF samt den interregionale RHF-gruppen. Når validerte data for tvang fra regionen er klare, vil Helse Midt-Norge RHF følge opp trender og ulikheter mellom helseforetakene og mellom regionene.

I Helse Midt-Norge har fagområdet over år hatt et tydelig fokus. Helseforetakene har i samarbeid med Helseplattformen lykkes med å finne teknisk løsning for EPJ-vedtaksmaler som spesifikt ivaretar ulike rettsregler tilknyttet bruk av tvang. Veiledning til utfylling er integrert i malene, og forventes å bidra til mer ensartet praksis i klinikk, redusert opplæringsbehov og forbedret samhandling med kontrollkommisjonene. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge har fulgt arbeidet og fått demonstrert løsningen.

Det er mange ulike rettsgrunnlag, og maler for de mest vanlige rettsgrunnlagene innføres først. En viktig inngangsfaktor i utfylling av malene er gjennomføring av evalueringssamtaler etter bruk av tvang. Dette har vært tema for internrevisjon i Helse Møre og Romsdal HF, og arbeidet følges opp videre. Status ved utgangen av 2025 er økt fokus på evalueringssamtaler og tilrettelegging av notatmaler i EPJ. Internrevisjonens oppfølging vil fortsette inn i 2026 og innrettes med tanke på å verifisere praksis mot myndighetskrav.

Helse Midt-Norge RHF har også tildelt prosjektmidler i forbindelse med prosjekt for å sikre kritisk kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, der målet er å styrke forløpet til pasienter underlagt tvang uten døgnopphold. Dette gjøres blant annet gjennom etablering av TUD-koordinator, for å sikre at frister for vedtak blir opprettholdt samt at det er god dialog mellom spesialisthelsetjenesten og andre sentrale samarbeidspartnere. Det skal også

lages et felles pasientforløp / prosedyre for pasientgruppen for å sikre likeverdig praksis i regionen.

Helse Midt-Norge RHF skal forenkle og automatisere løsningene for koding av reviderte pasientforløp psykisk helse og rus, med sikte på oppstart av rapportering fra 2026. Det vises til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet for ny kodeveileder og rutiner og frister for innsending av opplysninger.

Frist: 16. mai 2026. Det skal rapporteres status for arbeidet i årlig melding for 2025.

Per februar 2026 er kodeverket i journalløsningen oppdatert i tråd med de reviderte pasientforløpene for psykisk helse og rus samt ny kodeveileder. Den faglige forankringen av de reviderte forløpene er ivaretatt gjennom de regionale fagledernetverkene for PHV, PHBU og TSB.

For å finne gode løsninger som er godt tilpasset den kliniske hverdagen ble det høsten 2025 etablert en arbeidsgruppe med fagressurser fra berørte klinikker. Gruppen skal bistå Helseplattformen i arbeidet med å identifisere mulige triggere for automatisering og løsninger for forenkling. Arbeidsgruppen har også bistått Helseplattformen i utviklingen av rapporter og dashbord knyttet til de nye forløpene, slik at koding kan følges opp og gi relevant og anvendbar styringsinformasjon i journalløsningen.

Det pågår fortsatt arbeid med å avklare på hvilken måte kodingen best kan automatiseres og forenkles for å redusere arbeidsbelastning for sluttbrukerne. Tekniske utfordringer knyttet til et ønske om fullautomatisert koding har medført noe forsinkelse, men det arbeides videre med mål om å levere en hensiktsmessig og funksjonell løsning innen fristen for oppdraget i mai 2026.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Vest RHF, evaluere stedlige tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling i fengslene. Frist: 16. mai 2026.

Helse Vest RHF har opprettet en interregional arbeidsgruppe med deltakere fra RHF-ene, tillitsvalgte og brukerrepresentanter fra både regionalt brukerutvalg (RBU) og Kriminalomsorgens brukerråd. Aktuelle kompetansesentre, Helsedirektoratet og Kriminalomsorgen (direktoratet og regionene) har vært invitert til enkelte møter for å gi innspill.

Arbeidsgruppen utarbeidet et GAP-skjema med anbefalingene i spesialisthelsetjenesten sin rapport fra 2021: Plan for styrking av helsetjenester i fengsel - psykisk helsevern og rus. GAP-skjema ble fylt ut av hvert regionale helseforetak i samarbeid med Kriminalomsorgen. Spesialisthelsetjenester ble kartlagt i 44 fengsler. Det var stedlige tjenester i 38 av disse. Volum på tjenestene varierte fra 0,2 til 13 årsverk. Hvor stedlige tjenester mangler, er rekrutteringsutfordringer hovedårsaken. Alle helseforetak har trepartsavtaler med Kriminalomsorgen og den kommunale fengselshelsetjenesten.

Funnene fra alle helseregionene har dannet grunnlag for en nasjonal rapport som vil forankres i interregionalt fagdirektørmøte og interregionalt AD-møte før levering til Helse-

og omsorgsdepartementet. Funnene er foreløpig presentert internt i ledergruppe i Helse Midt-Norge RHF, Regionalt brukerutvalg og KTV/KVO. De vil danne grunnlag for nasjonalt og regionalt forbedringsarbeid, og følges opp blant annet i fagledernetverk og fagråd i regionen.

Gjennom evalueringen av helsetjenester i fengsel har de regionale helseforetakene kartlagt hvor tjenestene fungerer godt og hvor det er rom for forbedring. Det å ha tjenester til faste tider er suksesskriterier for at tjenestene skal fungere godt. Å tilby gode og tilgjengelige tjenester i fengsel handler også i stor grad om et samarbeid med andre aktører i fengsel, som Kriminalomsorgen og den kommunale helsetjenesten.

GAP-skjema vil bli benyttet i oppfølgingen av helseforetak der behandlingstjenestene eller samhandlingen med andre aktører har forbedringspotensial.

Oppdraget er ventet å bli ferdig innen fristen 16. mai 2026.

Hovedmål 3: Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid

Helse Midt-Norge RHF skal forsere arbeidet med å implementere effektive løsninger innenfor KI og IKT, særlig personellbesparende teknologier og tiltak som bedrer logistikk. Det skal ses hen til rapport utarbeidet under Ventetidsløftet. De regionale helseforetakene skal også legge til rette for erfaringsutveksling innad i og mellom regionene slik at pågående tiltak spres raskere.

Helse Midt-Norge har tatt i bruk KI innen radiologi, kreftbehandling og tale til sammendrag i klinisk virksomhet. På det administrative området er spesielt Copilot mye i bruk. Det er utviklet en KI-strategi for regionen (sak 013-2026) som skal ligge til grunn for bruk av KI.

Helse Midt-Norge RHF jobber med operasjonalisering av KI-strategien gjennom konkrete oppdrag til St. Olavs hospital og Hemit som skal støtte opp om bruk av KI.

Helse Midt-Norge RHF skal:

- Gjennomføre tiltak for automatisert datafangst og innføre nasjonale fellestjenester for nye medisinske kvalitetsregistre, herunder rapportere og oppdatere metadata til nasjonal variabelkatalog.
- Delta i arbeid med å avklare kodeverk, terminologi og standarder for prioriterte helseopplysninger, blant annet for å gjøre automatisk innrapportering av helsedata enklere å oppnå.

Bedre bruk av helsedata er beskrevet i «Felles plan 2025 – Digital samhandling og tilrettelegging for bedre bruk av helsedata», som er helseregionenes felles årlige rapportering på IKT-utvikling og digitalisering.

Helse Midt-Norge har utarbeidet «Regional plan for automatisert overføring av data fra Helseplattformen til nasjonale kvalitetsregistre 2025-2030» for å understøtte arbeidet med

automatisert overføring av data fra Helseplattformen til nasjonale kvalitetsregistre. Nasjonale fellestjenester som metadata og innsynsløsning for nasjonale kvalitetsregistre i Helse Midt-Norge er tatt i bruk.

Det er behov for nasjonal samordning av helseforetakenes personvern vurderinger av forskningsprosjekter for å sikre at like saker behandles likt. Departementet ber derfor de regionale helseforetakene i fellesskap og under ledelse av Helse Vest RHF å vurdere nærmere om, og i tilfelle hvordan, et samarbeid om felles personverntjenester for forskning i spesialisthelsetjenesten, herunder eventuelt et felles personvernombud for forskning, kan etableres innenfor rammene av personvernforordningen.

En nasjonal arbeidsgruppe ledet av Helse Vest RHF med representanter oppnevnt av de fire helseregionene har arbeidet med oppdraget og utarbeidet en rapport. Rapporten beskriver utfordringsbildet sammen med gruppens vurderinger av nasjonalt ombud og felles tjeneste. Andre tiltak for å bedre arbeidet med personvern vurderinger er også drøftet.

Det er nå åpnet for innspill fra alle helseregionene til rapporten. Rapporten vil deretter bli vurdert i styringslinjen før oversending til Helse- og omsorgsdepartementet. Ferdigstilling og oversending er planlagt i mars 2026.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, og under ledelse av Helse Nord RHF, etablere og drifte et interregionalt kompetansenettverk for arbeid og helse forankret i relevante kompetanseenheter i spesialisthelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten i hver region, jf. rapport *Samordning og styrking av kompetanse og kvalitet innen arbeid og helse*. Det skal utarbeides mandat for nettverket og kommunenes interesser skal ivaretas på egnet måte.

Utkast til mandat forelegges Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet innen 30. september 2025 før det fastsettes endelig av de tre samarbeidspartene.

Mandat for interregionalt kompetansenettverk for helse og arbeid er godkjent, og nettverket skal etableres i 2026. Nettverket er tverrsektorielt og forankret i både Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samt de regionale helseforetakene. Nettverket er avgrenset til psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Nettverket har fått øremerkede midler i statsbudsjettet, og skal ledes av Helse Nord RHF.

Antallet kliniske behandlingsstudier som inkluderer pasienter i 2025 økes med minst 15 prosent sammenlignet med 2024.

Endelig rapportering av antall kliniske behandlingsstudier gjøres i eget nettskjema i løpet av første tertial 2026. Foreløpige tall tilsier at målet er nådd i regionen i 2025.

For 2025 skal regionene prøve ut rapportering på ny indikator for innovasjonsaktivitet.

Tildelte regionale innovasjonsmidler (delindikator 1) og antall kommersialiseringsforløp (delindikator 3) er innrapportert til Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og

utdanning (NIFU) for gjennomføring av et forprosjekt / simulering høsten 2025. Dataene skal bidra til å legge et grunnlag for beregning av innovasjonspoeng. Selve prøverapporteringen på ny nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet har frist 1. mars 2026, og arbeidet med å hente inn data til rapportering er startet.

Hovedmål 4: Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkernes foretrukne arbeidsplass

De regionale helseforetakene skal legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Det innebærer blant annet å styrke spesialistutdanningen mtp. disse spesialitetene og å vurdere organisering og faginndeling. Berørte parter skal involveres i arbeidet. Det vises til rapporten «Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg» fra 2024.

Helse Midt-Norge RHF har diskutert dette løpende gjennom året med helseforetakene i det regionale LIS-nettverket og RegUt ved St. Olavs hospital. St. Olavs hospital er gitt i oppdrag å utrede etablering av en generell indremedisinsk enhet/avdeling.

Det er stor interesse for og vilje til å finne alternativer som bedre legger til rette for rekruttering av breddespesialister, herunder særlig fra det regionale fagledernetverket for indremedisin.

Helse Midt-Norge har oppnevnt medlemmer til det nasjonale arbeidet i regi av Helsedirektoratet som ser nærmere på innhold og struktur i LIS-utdanningen. Vi har notert oss at Helsedirektoratet på grunn av økonomiske tilpasninger har avgrenset dette oppdraget til kun å omhandle struktur, ikke innhold. Vi vurderer samtidig at også helseforetakene må jobbe videre med organisatoriske grep parallelt med at LIS-utdanningen i større grad legger til rette for at flere velger breddekompetanse, og at mye arbeid fortsatt kan gjøres lokalt og regionalt.

Helse Midt-Norge RHF skal forsere arbeidet med en effektiv arbeids- og oppgavedeling. Det skal ses hen til rapport utarbeidet under Ventetidsløftet og arbeidet i Tørn-programmet.

Det arbeides med forbedring og omstilling på alle nivåer og i de fleste enheter. Mange av disse prosjektene er også knyttet til effektiv arbeids- og oppgavedeling. Innenfor TØRN-paraplyen er det tildelt midler til mer enn tretti prosjekter som er i ulike faser. Helse Midt-Norge jobber systematisk med å oppsummere og dele de konkrete prosjektene, og utvikle og dele metodikk for alt endringsarbeid. Dette gjøres både digitalt, i ulike lederlinjer og på ulike ledernivåer.

Helse Midt-Norge RHF skal forsterke arbeidet og innsatsen med å redusere sykefraværet i helseforetaksgruppen sammenlignet med 2024-nivå med sikte på å komme ned på 2019-nivå. Det skal trekkes veksler på vellykkede tiltak i egen og andre regioner, og forbedringstiltak innen ledelse, systematisk oppfølging, økt fleksibilitet og tilrettelegging for den enkelte og redusert leder- og kontrollspenn.

Det skal rapporteres på utviklingen i tertialoppfølgingsmøtet i juni 2025.

Arbeidet med å redusere sykefravær i helseforetaksgruppen er blant annet fulgt opp gjennom tydeligere felles rammer for HMS-arbeidet, herunder videreutvikling av HMS-rammeverk og etablering av felles indikatorer for oppfølging. Det er lagt vekt på å styrke systematikk, ledelsesforankring og erfaringsdeling på tvers av helseforetakene gjennom etablerte samarbeidsarenaer. Det er gjennomført målrettede tiltak innen lederoppfølging, opplæring, partssamarbeid og tidlig oppfølging av sykefravær, med varierende grad av måloppnåelse. Samlet har arbeidet bidratt til å understøtte og samordne innsatsen i helseforetakene, men effekten av tiltakene er fortsatt under utvikling.

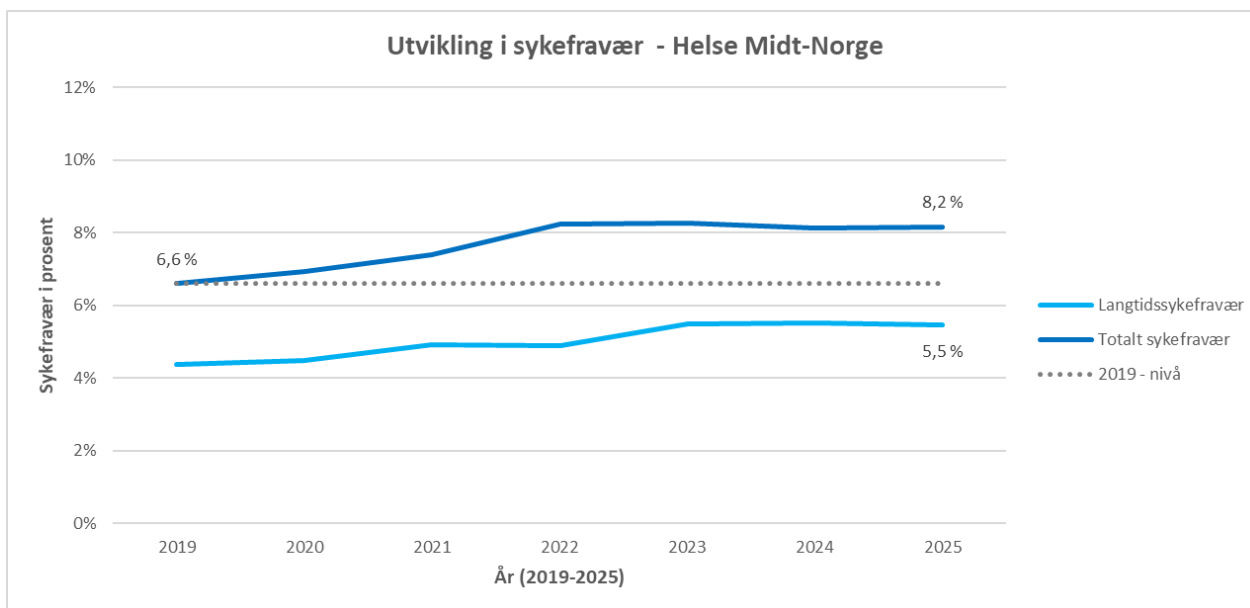
For å dra veksler på vellykkede tiltak har Helse Midt-Norge styrket systematisk erfaringsdeling både regionalt og interregionalt. HMS-nettverket er brukt mer aktivt for å spre tiltak innen lederoppfølging og nærværarbeid. Regionen har også deltatt på interregionale erfaringskonferanser, koordinert av Helse Nord, om systematisk HMS-arbeid og sykefraværsoppfølging.

Helse Midt-Norge RHF har analysert om det kan identifiseres sammenhenger mellom leder- og kontrollspenn og sykefravær i foretaksgruppen. Analysene er basert på tilgjengelige organisasjons- og sykefraværdata, hvor antall ansatte i organisatoriske enheter er benyttet som en tilnærming til lederens kontrollspenn. Det er gjennomført flere modellvarianter hvor det er kontrollert for blant annet helseforetak, kjønn, alder og stillingsgruppe. Resultatene viser ikke statistisk signifikante sammenhenger mellom antall ansatte i enheten og sykefravær i datagrunnlaget som er analysert. Tilsvarende analyser i andre regioner har gitt lignende resultater.

Sykefraværet er totalt sett økt med 0,1 prosentpoeng i foretaksgruppen sammenlignet med 2024. Samlet sykefraværet i foretaksgruppen har de siste årene ligget på et høyere nivå enn før pandemien, og i 2025 var det samlede sykefraværet 8,2 prosent. Utviklingen viser tegn til stabilisering, men nivået ligger fortsatt over nivået før pandemien. Langtidsfravær utgjør en betydelig andel av sykefraværet.

Helseforetak	Sykefravær (%)		
	2019	2024	2025
St. Olavs hospital	6,7	8,1	8,1
Helse Møre og Romsdal	7,0	8,3	8,7
Helse Nord-Trøndelag	6,6	8,3	8,3
Sykehusapotekene i Midt-Norge	5,5	8,7	8,0
Hemit		6,2	5,3
Helse Midt-Norge RHF	3,1	4,7	4,4
Helse Midt-Norge totalt	6,6	8,1	8,2

Merk at beregningsmåten for sykefravær er endret i 2025 for å tilpasse Helse Midt-Norge til måten SSB rapporterer på. Tall tilbake i tid er justert i tråd med dette, slik at de er sammenliknbare med dagens tall.



De regionale helseforetakene skal vurdere utvikling av felles indikatorer for HMS og arbeidsmiljø, og se det i sammenheng med oppdrag knyttet til pasientsikkerhetsindikatorer. Undersøkelsen ForBedring skal også brukes til mer overordnede regionale analyser og utviklingsarbeid. De regionale helseforetakene skal se til at resultatene fra den årlige ForBedringsundersøkelsen følges opp lokalt. Tillitsvalgte skal involveres på alle nivåer.

Målet er ikke nådd. Arbeidet fortsetter i 2026. Oppdraget forutsetter at indikatorer for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø sees i sammenheng. Felles interregional rapport for pasientsikkerhetsindikatorer ble lagt frem for de fire RHF-ene sine styrer i desember 2025 (sak 191-2025). Når pasientsikkerhetsindikatorene nå er på plass, hvor man skal gjøre bruk av resultat fra Forbedring, vil det bli tatt initiativ til etablering av HMS- og arbeidsmiljøindikatorer.

Nasjonal rapport for bærekraftig utvikling for ABIOK, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere peker særlig på hvilke tiltak som må til. Dette gjelder også flere regionale bærekraftsrapporter, som for eksempel Bærekraftig utvikling for Psykisk helsevern og TSB på Vestlandet og bærekraftsrapporter for radiologi og ambulanse.

De regionale helseforetakene skal utarbeide opplæringstilbud i palliasjon. Helsedirektoratet skal bidra i arbeidet. Det faglige innholdet i opplæringstilbudet skal ivareta den nasjonalt anbefalte kompetansen innen området. Opplæringstilbudet skal innrettes mot legers behov for kompetanse innen palliasjon. Det skal også legges til rette for å fremme tverrfaglig samarbeid med andre personellgrupper. Tilbudene skal gjøres tilgjengelig for kommunehelsetjenesten mot kursavgift.

En arbeidsgruppe i regi av Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til kursrekke for legene, og første kurs avholdes i Trondheim 26.01.2026 i regi av RegUt i Helse Midt-Norge. Det gjenstår fortsatt ferdigstilling av plan, samt videre definering av tverrfaglig samarbeid. Arbeidet med dette fortsetter første halvår 2026.

Hovedmål 5: Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser

De regionale helseforetakene skal delta i arbeidet med revisjonen av nasjonalt beredskapsplanverk, øvelse Digital 2025 og forberedelser til totalforsvarsåret.

Helse Midt-Norge RHF deltar i Helsedirektoratets evalueringsgruppe og vil i løpet av mars 2026 slutføre evalueringen av øvelse Digital.

Helse Midt-Norge har etablert en regional øvelsesgruppe som vil være involvert i utvikling og gjennomføring av regionale kompetansetiltak og øvelser i forbindelse med Totalforsvarsåret 2026.

Revisjon av regional helseberedskapsplan er et pågående arbeid. Overordnet beredskapsplan ferdigstilles i 2026 og revisjon av delplaner gjøres fortløpende.

De regionale helseforetakene skal etablere rutiner for risikovurderinger i tilknytning til anskaffelser, samt rutiner for oppfølging av leverandører, for å ivareta sikkerhet i anskaffelser generelt og sikkerhetsgraderte anskaffelser.

Oppdraget er løst. Helse Midt-Norge har etablert en prosedyre for sikkerhet i anskaffelser. Denne har tatt utgangspunkt i eksisterende rutiner for informasjonssikkerhet og personvern samt sikkerhetsgraderte anskaffelser. Eierskapet til prosedyren er lagt til direktørnettverk for innkjøp og logistikk. Prosedyren vil bli vedlagt Samarbeidshåndboken for Helse Midt-Norge og Sykehusinnkjøp.

Nettverk for sikkerhet og beredskap og det overordnede direktørnettverket for virksomhetsstyring har bidratt med faglig innhold i prosedyren. Disse nettverkene vil også bli holdt orientert ved fremtidige revisjoner.

De regionale helseforetakene skal sørge for at Sykehusinnkjøp HF og de regionale IKT-selskapene etablerer en arena for samarbeid og erfaringsutveksling innenfor sikkerhet i anskaffelser som ikke faller inn under sikkerhetsloven, og sikkerhetsgraderte anskaffelser. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Norsk helsenett SF.

Norsk Helsenett HF har i 2025 initiert etablering av en arena for samarbeid om sikkerhet i anskaffelser. Det er i 2025 gjennomført to arenamøter og planlagt for at første møte i 2026 blir gjennomført i mars. De regionale IKT-enhetene representerer de regionale helseforetakene i møteserien, og disse koordinerer erfaringsoverføring med virksomhetene i de respektive regionene.

De regionale helseforetakene skal bruke spesialisthelsetjenestens trusselvurdering, som sammen med verdivurdering skal inngå i risikostyringen som beslutningsunderlag for å sikre riktig prioritering av sikkerhetsarbeidet. Ut fra risikobildet skal de regionale helseforetakene videreutvikle en helhetlig tilnærming til sikkerhetsarbeidet og iverksette nødvendige tiltak. Videre skal gode, grunnleggende sikkerhetsbarrierer som beskytter mot digitale angrep, og metoder for å avdekke uønsket aktivitet videreutvikles. Det regionale helseforetakene skal også forebygge uønskede hendelser som følge av innsidevirksomhet.

Helse Midt-Norge RHF har i løpet av året utarbeidet en sammenstilling av tiltak fra flere ulike tilsyn, revisjoner, risikovurderinger og hendelsesanalyser som er gjennomført i løpet av de siste årene. Formålet er å systematisere og effektivisere arbeidet med å styrke den digitale sikkerheten i helseregionen. Helseforetakene har en risikobasert tilnærming til sikkerhetsstyringen som også styrer prioriteringen av tiltak.

Det er i løpet av året ferdigstilt en utredning av ulike konsepter for å styrke redundans på regionens sentrale IKT-infrastruktur. Forslag til tiltak som følge av dette ble behandlet av styret i Helse Midt-Norge RHF 31.10.2025. Det er økt oppmerksomhet om innsidetrusselen, og det gjøres konkrete tiltak særlig i Hemit og Helseplattformen med gjennomføring av utvidet adgangsklarering for personell med tilgang til skjermingsverdige verdier, samt generell bakgrunnssjekk i forbindelse med ansettelse.

De regionale helseforetakene skal inkludere tiltak for måling, evaluering og revisjon i regional handlingsplan for informasjonssikkerhet, herunder teste effekten av sikkerhetsarbeidet for å se om igangsatte forbedringstiltak har ønsket effekt og avdekke nye svakheter.

Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet ble revidert høsten 2025. Tiltak i planen vil følges opp tett fremover. For å måle vår modenhet innenfor ulike kategorier av cybersikkerhet er det dessuten sett nærmere på aktuelle rammeverk som kan benyttes for dette.

Det ble i oktober 2025 gjennomført en undersøkelse av informasjonssikkerhetskultur blant ansatte i hele foretaksgruppen, der resultatene ble sammenlignet med funn fra tilsvarende undersøkelse i 2023.

Øvelse digital ble gjennomført i november 2025 med bred deltagelse fra alle helseforetakene, og ga innsikt i vår evne til å håndtere sikkerhetshendelser.

Det gjennomføres regelmessige penetrasjonstester for å se om igangsatte forbedringstiltak har ønsket effekt og for å avdekke eventuelle nye svakheter.

I arbeidet med digital sikkerhet, skal Helse Midt-Norge RHF vurdere overgang til skybaserte løsninger for å forbedre cybersikkerheten.

Det er etablert en interregional arbeidsgruppe for å se på hvordan de fire helseregionene kan samarbeide om bruk av allmenn sky. Gruppen har utarbeidet et notat som beskriver hvordan dette kan løses, muligheter og utfordringer. Dette inkluderer hva Hemit har gjort og ønsker å gjøre fremover. Arbeid med vurdering av overgang til mer skybaserte løsninger vil fortsette.

De regionale helseforetakene skal i tråd med nye felles klima- og miljømål arbeide med å redusere unødvendig forbruk og, øke ombruk og materialgjenvinning. Som et verktøy i arbeidet vises det til Grønt sykehus og *Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste.*

I 2025 har helseforetakene i Midt-Norge arbeidet med å redusere unødvendig forbruk, styrke ombruk og øke materialgjenvinning, i tråd med de felles klima- og miljømålene for spesialisthelsetjenesten. Alle foretakene har rapportert konkrete tiltak eller etablert prosesser som bidrar til grønnere drift. Helseforetakene arbeider systematisk med oppdraget. Det foreligger planer for å videreføre arbeidet.

St. Olavs hospital HF er sertifisert som Kloke Valg-sykehus, og arbeider blant annet med å redusere bildediagnostikk og laboratorieprøver med lav nytte, redusere bruk av kirurgiske engangsinstrumenter samt utfase engangs varmekjeller og engangs arbeidstøy.

Helse Nord-Trøndelag HF har lagt frem forslag til hvordan engangs varmekjeller kan utfases og forbruk av engangshansker kan reduseres.

Helse Møre og Romsdal HF har i 2025 gjennomført en kartlegging av vesentlige miljøaspekter i Klinikken for drift og eie. Kartleggingen har identifisert transport og avfall som de viktigste områdene for videre tiltak.

Hemit HF har etablert internt miljøråd og har planer for å revidere handlingsplaner for klima og miljø.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF har integrert miljøarbeidet som del av virksomhetsstyringen og følger opp målene i egen handlingsplan.

Helse Midt-Norge RHF skal rapportere på den totale overvåknings- og intensivkapasiteten ved ordinær drift og beredskapskapasitet, jf. oppdrag i 2024. Rapporteringen skal være i absolutte tall og som andel per 100 000 av befolkningen som den enkelte region har ansvar for.

Befolkning: 753 580. Ordinære plasser: 78. Tilsvarende andel: 10,3 pr. 100 000.
Beredskapskapasitet: 125. Tilsvarende andel: 16,6 pr. 100 000. Overvåknings- og intensivkapasiteten i regionen er uendret.

Antall intensivplasser i Helse Midt-Norge har vært relativt stabilt over flere år, og det er heller ingen planer for å øke antallet ordinære plasser p.t. I beredskapssammenheng er plan for fleksibel oppskalering ved behov viktigste tiltak.

Annet

Dokument 3:17 (2023–2024), *Arbeidsretta bistand frå styresmaktene til unge utanfor arbeidslivet*:

De regionale helseforetakene skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.

Helse Midt-Norge har et godt samarbeid med NAV i regionen, og undertegnet en ny samarbeidsavtale med NAV i 2025. Formålet med avtalen er å sikre at pasienter og brukere får samtidig og koordinerte helse- og arbeidsrettede tjenester som fremmer deltakelse i

arbeid og utdanning. Avtalen bygger på nasjonal strategi for fagfeltet arbeid og helse, og legger vekt på tettere samhandling, økt brukermedvirkning og bedre utnyttelse av digitale løsninger. Sentrale mål er å bidra til at flere kan arbeide til tross for helseutfordringer, sikre samtidige tjenester uten unødig opphold og styrke kompetanse om arbeid og helse hos både ansatte og brukere.

Samarbeidet skal utvikles gjennom lokale avtaler mellom NAV fylke, NAV hjelpemiddelsentraler og helseforetakene. Det legges særlig vekt på psykisk helse hos unge, muskel og skjelettlidelser, bedre samhandling om medisinske opplysninger til NAV og felles kompetanseutvikling. Tiltak skal nedfelles i egne handlingsplaner, og arbeidet med dette vil fortsette i 2026.

Det er arbeidet videre med satsing på HelseIArbeid i samarbeid med NAV, og i løpet av 2025 har alle våre tre sykehusforetak fått dette tilbudet. Det er også opprettet et fagråd for helse og arbeid under fagledernetverket for fysikalsk medisin og rehabilitering. Fagrådet har opprettet samarbeid med begge NAV fylkeskontorer slik at disse er representert i møtene. Regional FoU-enhet for helse og arbeid jobber med kunnskapsspredning, forskning og fagutvikling i regionen, og holder blant annet årlige seminarer med deltakere både fra NAV og helsetjenesten.

Dokument 3:12 (2023–2024), Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten:

De regionale helseforetakene skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.

Midt-Norge er den regionen som bruker mest penger på rehabilitering og gir spesialisert rehabilitering til flest pasienter pr. innbygger, men vi har ulike tilbud ved de forskjellige helseforetakene. I arbeidet med oppdraget har vi valgt å konsentrere oss om disse utfordringene i regionen:

- Ulikheter i helseforetakene innen tilbud for tidlig rehabilitering etter skade/sykdom
- Mangel på regional fagplan for rehabilitering
- Etablere regionale prosedyrer for koordinerende enhet
- Nye avtaler med private leverandører

Ulikheter i helseforetakene innen tilbud for tidlig rehabilitering etter skade/sykdom Det mangler et rehabiliteringstilbud ved St. Olavs hospital til multitraume og komplekse alvorlige tilstander som ikke har skade på nervesystemet. En arbeidsgruppe har jobbet frem et forslag for etablering av rehabiliteringsavdeling for denne pasientgruppen, og i 2026 vil det arbeides videre med dette utkastet for å se om man kan få det inn i realistiske rammer for gjennomføring.

Helse Midt-Norge RHF har gitt egne tilskudd til alle sykehusforetak for å styrke tidlig hjerterehabilitering, slik at alle pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering etter hjertesykdom skal få tilbud om dette.

Forskjellene mellom helseforetakene løses i stor grad ved kjøp av tjenester fra private leverandører slik at alle diagnosegrupper skal få likeverdige tilbud om spesialisert rehabilitering.

Mangel på regional fagplan for rehabilitering

Det ble gjennomført en omfattende behovsvurdering innen rehabilitering i 2023, men Helse Midt-Norge har ikke en egen fagplan for rehabilitering. Det er mål om å utvikle en fagplan i 2026 som vil ligge til grunn for utvikling av tjenesten i helseforetakene og behovsvurdering i forkant av anskaffelse av private spesialiserte rehabiliteringstjenester. Den vil også beskrive tiltak for å styrke faglig kvalitet og pasienttilbud innenfor de rammene som er tilgjengelig.

Etablere regionale prosedyrer for koordinerende enhet

Regional prosedyrer for koordinerende enhet er ferdigstilt og godkjent i 2025. Disse sikrer mer enhetlig organisering i de tre helseforetakene og styrker både interne nettverk og samarbeid med kommunene.

Nye avtaler med private leverandører

Det er gjennomført anbudsprosess for private spesialiserte rehabiliteringstjenester slik at avtalene oppdateres i henhold til kunnskapspraksis. Helse Midt-Norge RHF har tatt sikte på at nye avtaler skal være gjeldende i løpet av 2026.

Dokument 3:13 (2023–2024), *Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene:*

De regionale helseforetakene skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.

Helse Midt-Norge har fulgt opp Riksrevisjonens undersøkelse gjennom følgende tiltak:

- Etablering av et regionalt nettverk for risikostyring, internkontroll og kvalitetsstyring våren 2025, i tillegg til et overordnet direktørnettverk for virksomhetsstyring. Nettverkene ledes av Helse Midt-Norge RHF, med deltakelse fra alle helseforetakene i regionen. Formålet med etableringen av nettverkene er blant annet å styrke oppfølging av risiko og utviklingen av fagområdet risikostyring i foretaksgruppen i Helse Midt-Norge. Regionalt rammeverk og prosedyre for risikostyring i Helse Midt-Norge er revidert gjennom nettverkene.
- Etablering av en særskilt prosedyre for risikostyring i Helse Midt-Norge RHF, hvor blant annet oppfølging av risikoreduserende tiltak beskrives. Riksrevisjonens rapport pekte på mangelfull dokumentasjon av om risikoreduserende tiltak blir fulgt opp. I prosedyren beskrives hvordan Helse Midt-Norge RHF skal vedlikeholde et risikoregister som viser de viktigste risikoene i foretaksgruppen i tillegg til risikoreduserende tiltak. Status for risikoreduserende tiltak samt forventet effekt på kort og lang sikt er inkludert i registeret. Risikoregisteret oppdateres fortløpende ved endringer i risikobildet, og legges jevnlig frem for AD/ledergruppen for diskusjon. Prosedyren beskriver videre i hvilke tilfeller det skal gjøres risikovurderinger. Blant annet skal oppdrag gitt av HOD risikovurderes mht. måloppnåelse, og dette følges opp gjennom året.

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF gjennomførte høsten 2024 og våren 2025 en revisjon av oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse om risikostyring. Denne ble lagt til grunn i videre utarbeidelse av revisjonsprogram i Helse Midt-Norge.

De tre sykehusforetakene i Midt-Norge har videreutviklet sitt arbeid innen risikostyring, blant annet på bakgrunn av Riksrevisjonens undersøkelse og gjennom regionale nettverk. St. Olavs hospital brukte Riksrevisjonens rapport aktivt da de i 2024 gjorde en omfattende revidering av sin risikoprosedyre. Hensikten med revisjonen var å forenkle og tydeliggjøre hvordan risikovurderinger bør gjennomføres i henhold til det regionale rammeverket. Foretaket inkluderte også tydelige beskrivelser av hvordan planlagte tiltak etter risikovurdering skal følges opp og rapporteres.

Dokument 3:2 (2024–2025), Riksrevisjonens treårsoppfølgingsundersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer:

De regionale helseforetakene skal følge opp Riksrevisjonens funn, merknader og anbefalinger fra 3-årsoppfølgingsundersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. Dette innebærer å forbedre sikker tilgangsstyring og autentisering av brukere, samt sikker konfigurering, videreutvikle kontroll med enheter i nettverket og videreutvikle overvåkning som kan oppdage ondsinnet aktivitet. Videre må det arbeides med å håndtere sikkerhetsutfordringer knyttet til medisinsk-teknisk utstyr og utvikle sikkerhetskulturen.

Helse Midt-Norge var ikke gjenstand for dybdeanalyse i Riksrevisjonens 3-årsoppfølgingsundersøkelse om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. Riksrevisjonens rapport er gjennomgått og det er vurdert tiltak for å imøtekomme både de generelle funnene og de spesifikke funnene fra dybdeanalysene som betraktes som relevante for våre helseforetak. Tiltakene ses i sammenheng med andre allerede identifiserte og pågående tiltak, og gjøres til gjenstand for en risikobasert prioritering.

Dokument 3:3 (2024-2025), Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge:

Helse Midt-Norge RHF skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.

Tiltak er iverksatt og pågår fortsatt. Dette inkluderer et toårig program for brukervennlighet og optimalisering av Helseplattformen.

Fra 1. april 2025 er ny styringsstruktur for IT i Helse Midt-Norge innført. Ny IT-struktur bidrar til en mer helhetlig regional styring av IT-området.

Det er gjennomført et omfattende arbeid knyttet til forbedring av drift og forvaltning av Helseplattformen AS gjennom innføring av produktorientering og reviderte mandater i beslutningsstrukturen. Prosess med samordning av Hemit og Helseplattformen AS pågår, og det er iverksatt en prosess for å utarbeide eierstrategi for Helseplattformen AS.

Det rapporteres tertialvis på gevinstrealiseringsplan for Helseplattformen. Løsning for fastleger og avtalespesialistene er foreløpig lagt på is.

Evaluering av sykehusbyggprosjekter: De regionale helseforetakene skal sørge for at alle større investeringsprosjekter evalueres i tråd med den til enhver tid gjeldende veileder for evaluering. Evalueringene skal ha fokus på måloppnåelse i investeringsprosjektene, samtidig som det må legges til rette for en dynamisk kunnskapsgenerering og systematisk deling av oppdatert og ny kunnskap.

Oppdraget er videreført til helseforetakene i regionen. Helse Midt-Norge har ett større prosjekt som ble avsluttet i 2025, Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR). Dette er fulgt opp med egne krav til evaluering og rapportering på måloppnåelse samt gevinstuttak.

4. Oppdragsdokument 2025 - Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 146 S (2024–2025)

Oppdrag

Hovedmål 1: Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp

De regionale helseforetakene skal samarbeide med Folkehelseinstituttet om overføring av data til nasjonal database for uønskede hendelser i tråd med kvalitetsforbedringsprosjektet Folkehelseinstituttet etablerer, samt bistå Helsedirektoratet inn i oppdatering / videreutvikling og opplæring i NOKUP. Det er et mål å ha en nasjonal database på plass innen utgangen av 2025.

De regionale helseforetakene bes gå i dialog med det enkelte helseforetak om å inngå eventuell databehandleravtale med Folkehelseinstituttet om tilgang til data. Oppdraget er videreført til helseforetakene i regionen. Helse Midt-Norge har ett større prosjekt som ble avsluttet i 2025, Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR). Dette er fulgt opp med egne krav til evaluering og rapportering på måloppnåelse samt gevinstuttak

De fire regionale helseforetakene (RHF-ene) deltar i faste møter med Folkehelseinstituttet (FHI) om etablering av register for alvorlige hendelser. FHI har organisert prosjektet som et treårig kvalitetsforbedringsprosjekt der RHF deltar og interregionalt fagdirektørmøte er styringsgruppe.

Spesialisthelsetjenesten i Norge har syv ulike avvikssystem, noe som gjør arbeidet krevende. RHF-ene har dialog med egne helseforetak om oppdraget til FHI. Det er stilt spørsmål om avvikssystem kan bli forstått som et behandlingsrettet helseregister. Det foreligger per nå ikke juridisk avklaring av om FHI har nødvendige tillatelser til å samle disse sensitive dataene, og helseforetakene har dermed ennå ikke lov til å dele sensitive data med FHI.

Helse Midt-Norge RHF har hatt dialog med helseforetakene og FHI knyttet til disse juridiske vurderingene, og startet før årsskiftet kartlegging av felter i meldeskjema i de tre sykehusforetakene i regionen. FHI har forespurt RHF-ene om deling av meldeskjema og antallet avviksaker i RHF-ene, og dette er sendt til FHI. Arbeidet fortsetter i 2026.

De regionale helseforetakene vil fortsatt ha en tett dialog og faste møter med FHI og egne helseforetak gjennom 2026, for å se på mulighetene for å etablere et register over alvorlige hendelser.

De regionale helseforetakene skal sørge for at alle pasienter med kreft, herunder de med sjeldne kreftdiagnoser, skal ha tilgang til den samlede kompetansen i regionen og likeverdig tilgang til et Comprehensive Cancer Centre (CCC), et Cancer Centre (CC) eller et nettverk av helsetjenesteinstitusjoner som er koordinert av et CCC eller CC.

Det bes om en tidsplan for arbeidet innen 1. november 2025 og en statusrapportering i årlig melding for 2025.

Arbeidet med å få St. Olavs hospital sertifisert som CCC-sykehus er igangsatt. Målet er at dette arbeidet skal være gjennomført innen utgangen av 2028. Styringsgruppe er etablert, og arbeidet er forankret i hovedledelsen og i fagdirektørnettverket i regionen. Det er også etablert en arbeidsgruppe som er i gang med arbeidet. St. Olavs hospital er i prosess med å bli medlem av EUnetCCC, og er tatt opp som pilotsykehus for å pilotere ny sertifiseringsordning. Oppstart av pilot er satt til primo februar 2026.

De regionale helseforetakene skal følge opp Pakkeforløp hjem for kreftpasienter i tråd med Helsedirektoratets anbefaling. Dette innebærer at det gjennomføres en samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging, etter at pasienten er informert om sin kreftdiagnose.

Det er utarbeidet en regional prosedyre med tilhørende flytskjema og et system for å registrere pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i Helse Midt-Norge. Det er valgfritt å delta og noen takker nei, ofte pasienter som er tidlig i sitt forløp. Prosedyren er innført ved St. Olavs hospital, i alle kreftpoliklinikker i Helse Møre og Romsdal og i en klinikk i Helse Nord-Trøndelag. Dokumentasjon gjøres i mal i journalnotat i Helseplattformen. Antallet som deltar, har økt fra 2024 til 2025. Det arbeides videre med å utvikle Helseplattformen slik at pasientforløpet understøttes bedre.

Det arbeides med tiltak for å gjøre Pakkeforløp hjem enda mer kjent og benyttet. Dette gjøres gjennom distribusjon av informasjonsmateriell, etablering av egne møteplasser for pakkeforløp hjem, jevnlig møter med kreftkoordinator i kommunene og lokal kreftforening, og månedlig oppfølging med styringsdata internt i foretaket.

De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak i regionen har en ernæringsstrategi.

Sykehusforetakene i Helse Midt-Norge har alle en ernæringsstrategi som er forankret på ledelsesnivå. Disse beskriver konkrete tiltak for å bedre kartlegging og oppfølging av underernæring inne på sykehusene og i samarbeid med kommunene.

Ventetidsløftet har vist at tiden fra henvisning til tildeling av høreapparat kan reduseres, samt at oppgavedeling mellom yrkesgruppene kan endres og antall konsultasjoner reduseres. På denne bakgrunn skal de regionale helseforetakene i samarbeid og under ledelse av Helse Vest RHF forbedre pasientforløpene i hørselsomsorgen. Det skal særlig legges vekt på tidlig tildeling av høreapparat med et langsiktig mål om tildeling innen 4 mnd., samt å unngå unødvendige konsultasjoner ved for eksempel å benytte behovsstyrte konsultasjoner i større grad. Videre skal pasientforløpene knyttet til screening av nyfødte for hørselstap forbedres.

Frist for oppdraget: 15. november 2025.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i den interregionale arbeidsgruppen som ble ledet av Helse Vest RHF. Oppdraget var å utarbeide en rapport som skulle skissere ulike tiltak som

kan være aktuell for å få kortere ventetid til utprøving av høreapparat. Rapporten ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet 20.11.2025.

Planen skildrer et samlet og fremtidsrettet pasientforløp med særlig vekt på tidlig utdeling av høreapparat, og med mål om tildeling innen fire måneder etter henvisning. Unødvendige konsultasjoner skal reduseres gjennom bedre oppgavedeling og økt bruk av behovsstyrte og digitale løsninger. Arbeidet har også omfattet forbedring av pasientforløp tilknyttet hørselsscreening av nyfødte.

Planen peker på konkrete tiltak, blant annet tydeligere rolle- og ansvarsdeling mellom aktørene, styrket bruk av audiografer og annet støttepersonell, økt samarbeid med avtalespesialister, i tillegg til digitalisering og automatisering av administrative prosesser tilknyttet forvaltning av høreapparat. Effekten av tiltakene er avhengig av bidrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, blant annet gjennom endringer i forskrifter, justeringer i takster og kodeverk og en forenklet søknadsordning mot NAV.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomgå praksis for tildeling av behandlingshjelpemidler til lipødempasienter med sikte på å få felles rutiner på tvers av helseregionene.

Frist for oppdraget: 15. oktober 2025.

Tilleggsoppdraget om praksis for tildeling av behandlingshjelpemidler til pasienter med lipødem ble besvart innen fristen 15. oktober 2025. Arbeidet har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF, og det ble etablert en interregional arbeidsgruppe med representanter fra alle helseregionene samt ledere for den nasjonale nettverksgruppen for behandlingshjelpemidler (NNB).

Kartleggingen av dagens praksis viser betydelig variasjon i hvordan og om behandlingshjelpemidler tildeles pasienter med lipødem. Årsakene til variasjonen er sammensatte. Blant de viktigste faktorene peker arbeidsgruppen på manglende dokumentasjon av behandlingseffekt, manuelle og ressurskrevende bestillingsprosesser, samt begrensninger i systemløsningen som gjør det vanskelig å skille pasienter med lipødem fra andre pasientgrupper.

På bakgrunn av funnene viderefører helseregionene det interregionale samarbeidet for å utvikle felles rutiner og nødvendige forutsetninger som kan bidra til et mer likeverdig behandlingstilbud for pasienter med lipødem. Helse Sør-Øst RHF vil ha det overordnede ansvaret for å lede dette arbeidet.

De regionale helseforetakene skal sørge for en evaluering av ordningen for vurdering av metoder til særskilt små pasientgrupper med alvorlig sykdom. Formålet er å vurdere om ordningen fungerer etter hensikten og praktiseres i tråd med de vedtatte føringene fra Stortinget. Det forutsettes at evalueringen gjennomføres av en uavhengig ekstern part for å sikre en objektiv og uavhengig vurdering av ordningen.

Frist for oppdraget: 1. november 2026.

Sekretariatet for Nye metoder har utarbeidet mandat for evalueringen, og avtale med konsulenthus er inngått i januar 2026. Leveransen fra oppdraget vil være en rapport som inkluderer eventuelle forslag til tiltak, og som forventes ferdigstilt i juni 2026.

De regionale helseforetakene skal styrke legitimitet og tilliten til system for Nye metoder ved å:

– I samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter utarbeide en kommunikasjonsplan som også omfatter formidling av skjønnsmessige vurderinger og begrunnelsen for beslutninger med henvisning til de veiledende grensene for betalingsvilje, samt med eksempler som kan vise avstanden til betalingsviljen både i enkeltsaker og i totalt antall saker.

Frist for oppdraget: 1. mai 2026.

– Innrette bruker- og klinikerrepresentasjon i Beslutningsforum for Nye metoder etter føringene fra Meld. 21 (2024-2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*.

Frist for oppdraget: 31. desember 2025.

For å løse første del av oppdraget er det satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra Direktoratet for medisinske produkter, Sykehusinnkjøp, RHF-ene, de regionale brukerutvalgene og sekretariatet for Nye metoder. Nye metoder sine referansegrupper er referansegruppe for arbeidet.

Arbeidsgruppen har brukt tid på å tolke oppdraget og har fått innspill fra referansegruppen. Oppdraget er tolket til at hovedoppgaven er å begrunne beslutningene slik at de blir tilgjengelige og forståelige for alle målgruppene. Begrunnelsene vil inneholde beskrivelser av skjønnsmessige vurderinger hvor det er aktuelt, og beskrive avstand til betalingsviljen der det er mulig. Det er sett til hvordan råd i andre land presenterer sine anbefalinger.

Når det gjelder oppdraget med å innrette bruker- og klinikerrepresentasjon i Beslutningsforum for Nye metoder, ble det sendt en statusrapport til Helse- og omsorgsdepartementet 22. desember 2025. Beslutningsforum for nye metoder oppnevnte i sitt møte 8. desember 2025 klinikerne Espen Christoffer Skarsvåg og Torgeir Hoff Skavøy som observatører med tale- og forslagsrett i Beslutningsforum fra januar 2026. FFO sitt hovedstyre har oppnevnt Inger-Margrethe Stavdal Paulsen som FFOs representant i Beslutningsforum. Paulsen leder Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta (NFOI). Kreftforeningen sitt styre har oppnevnt spesialrådgiver Gina Knutson Barstad som Kreftforeningens representant.

Nye metoder har utarbeidet en årsoppsummering for 2025, og denne er vedlagt årlig melding.

Departementet viser til Helsedirektoratets rapport "Forslag til endringer i prosess for inkludering av nye sykdommer i nyfødtscreeningen". De regionale helseforetakene skal sammen og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, og i samarbeid med Helsedirektoratet, følge opp forslagene som retter seg mot tjenesten og/eller utredningsprosessene internt i de

regionale helseforetakene. Dette gjelder anbefalingene knyttet til referansegruppen, forankring av forslag om inkludering av nye tilstander og hvilke endringer som skal høres. Det skal rapporteres i årlig melding for 2025 om hvordan anbefalingene er fulgt opp.

Det ble opprettet en interregional arbeidsgruppe med representanter for alle de regionale helseforetakene, Nasjonal behandlingstjeneste for screening av nyfødte og avansert laboratoriediagnostikk ved Oslo universitetssykehus HF og fra Helsedirektoratet.

Arbeidet har resultert i forslag til tydeligere mandat og bredere sammensetning av referansegruppen til behandlingstjenesten, samt en mer forutsigbar prosess for forankring av forslag til nye tilstander og vurdering av hvilke endringer som skal høres. Forslagene er behandlet og støttet i interregionalt fagdirektørmøte. Det fullstendige svaret oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementet viser til Stortingsvedtak nr. 693 ifm. Innst. 387 S (2023–2024). De regionale helseforetakene skal i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF vurdere hvordan en eventuell overtakelse av kontraktsansvaret i fristbruddordningen kan innrettes, herunder:

- Hvordan arbeidet kan organiseres i de regionale helseforetakene
- Om forholdet til gjeldende avtaler inngått av Helfo og om disse kan overdras til de regionale helseforetakene
- En tidsplan for når og hvordan en eventuell overføring kan skje.

Frist for oppdraget: 1. november 2025.

Oppdraget er svart ut i eget brev til Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen.

De regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene gjennomgår og planlegger de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene. Det vises til Meld. St. 23 Fornye, forsterke, forbedre som beskriver utfordringene for de akuttmedisinske tjenestene og begrunner oppdraget.

Oppdraget er tenkt løst som en prosjektportefølje, hvor første delprosjekt utreder regionens prehospital kapasitet med vekt på fremtidig utvikling. Delprosjektet pågår og forventes ferdigstilt første kvartal 2026.

Andre delprosjekt skal utvikle løsninger for utfordrende områder i samarbeid med kommunehelsetjenesten, basert på innsikt fra første delprosjekt. Prosjektet har forventet oppstart andre kvartal 2026.

Hovedmål 2: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

De regionale helseforetakene skal sammen og under ledelse av Helse Midt-Norge RHF:

- Utrede en løsning for å sikre tilstrekkelig kapasitet og likeverdige spesialiserte tjenester for pasienter med langvarige smerter og iatrogen avhengighetssyndrom. Det skal og

utredes en løsning for organisering av tverrfaglig veiledningstjeneste for allmennlegetjenesten om pasienter med langvarige smerter og iatrogen avhengighetssyndrom. Erfaringene fra OpioGuide ved St. Olavs hospital HF legges til grunn for utredningen.

Det bes om rapportering i årlig melding for 2025.

– Sørge for implementering av nasjonale faglige anbefalinger med støtte fra nasjonale og regionale aktiviteter, og utrede muligheten for felles prinsipper for ordinerer, rekvirering og nedtrapping av opioider ved postoperative smerter i sykehus.

Det bes om rapportering i årlig melding for 2026.

- Vurdere resultatene fra Pain Path i 2027 og hvordan innføring av Nasjonalt pasientforløp for langvarige smerter bidrar til spesialiserte helsetjenester for pasienter med langvarige smerter og iatrogen avhengighetssyndrom.

Det bes om rapportering i årlig melding for 2027.

Rapporteringen gjelder første punkt, som skal rapporteres i Årlig melding for 2025. Oppdraget er et interregionalt prosjekt, hvor mandatet ble godkjent ultimo 2025. Prosjektet skal resultere i en kort rapport, som ferdigstilles juni 2026. Prosjektgruppen er i gang med å kartlegge dagens praksis, og arbeidet følger estimert tidsplan.

De regionale helseforetakene bes om å styrke innsatsen overfor mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Det er et mål å etablere tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner. Det vises til anmodningsvedtak nr 504 i behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling: «Stortinget ber regjeringen styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser ved å etablere tverrfaglige behandlings-plasser for denne gruppen i alle helseregioner.»

Kravet er innfridd. Alle TSB-klinikker tilbyr behandling til ROP-pasienter med moderate psykiske symptomer/ lidelser som kan dra nytte av TSB-behandling. Helse Midt-Norge har i tillegg sju regionale døgnplasser særlig tilrettelagt for ROP-pasienter i adskilt enhet hos privat leverandør. Ytterligere styrking vil sees i sammenheng med arbeid i regionen for styrking av psykisk helsevern og TSB sett under ett.

De regionale helseforetakene bes om å sikre at inntaksvurderinger i psykisk helsevern gjøres i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere fra Helsedirektoratet og at rusproblemer alene ikke kan være grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn og unge. Det vises til anmodningsvedtak nr 505 i behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling: «Stortinget ber regjeringen sikre, gjennom tydelige føringer til alle helseregioner, at rusproblemer alene ikke kan være en grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn.»

Oppdraget er innfridd. St. Olavs hospital angir at kravet er videreformidlet til inntaksansvarlige i PHV og PHBU. Føringer er også gjennomgått i lederteam for klinikkene. Helse Møre og Romsdal angir at oppdraget er fulgt opp i relevante fagledernetter for å sikre felles forståelse og likeverdig praksis i regionen. Helse Nord-Trøndelag angir at helseforetaket følger gjeldende prioriteringsveiledere både innen PH og TSB.

De regionale helseforetakene bes om å utvide tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og gjøre det mer tilgjengelig for personer med problembruk av opioider som av ulike grunner ikke mottar LAR i dag. Flere større byer har allerede lavterskel inngang til LAR og ambulant oppfølging. Det er likevel et potensial for økt rekruttering av pasienter gjennom en mer oppsøkende og fleksibel tilnærming.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har igangsatt et arbeid med å gjøre tilbudet mer tilgjengelig og likeverdig gjennom oppsøkende ambulant virksomhet og arenafleksible løsninger. Oppdraget følges opp i fagledernetter TSB, hvor det skal utarbeides en felles retning for praksis i regionen. Arbeidet er i prosess.

De regionale helseforetakene skal lage en konkret og tidfestet plan for hvordan døgnkapasiteten i psykisk helsevern i regionen skal økes fram mot 2030, i tråd med gjeldende framskrivningsmodell. Planen skal leveres innen 1. november 2025 og det forventes at den faktiske økningen starter i inneværende år.

Helse Midt-Norge RHF har, i tråd med oppdraget, utarbeidet og levert en plan for hvordan døgnkapasiteten innen psykisk helsevern skal økes frem mot 2030, basert på gjeldende framskrivningsmodell. I arbeidet er det innhentet innspill fra helseforetakene i regionen, og saken er lagt frem for Regionalt brukerutvalg, konserntillitsvalgte og konsernverneombud. Innspillene fra helseforetakene viser en felles forståelse av at enkelte pasientgrupper, særlig barn/unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse, har behov for mer differensierte og robuste døgnbaserte tilbud, samtidig som det pågår en faglig dreining mot mer ambulante og polikliniske tjenester.

Planen beskriver både vedtatte og ikke vedtatte endringer i døgnkapasiteten i Helse Midt-Norge. Det er vedtatt en økning på seks døgnplasser: fire plasser er etablert i Helse Møre og Romsdal i 2025, og to regionale sikkerhetsplasser er planlagt ved St. Olavs hospital i 2026. Videre utredes og vurderes en utvidet kapasitet på mellom 50-60 plasser, hvor etablering av overgangsboliger og realisering av Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital vil være viktig for å kunne etablere denne økte kapasiteten.

Hovedmål 3: Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid

De regionale helseforetakene, Direktoratet for medisinske produkter og Folkehelseinstituttet skal utrede en ordning for å framskaffe nødvendig kunnskap gjennom forskning og/eller analyse for nye metoder der:

- Det er stor usikkerhet knyttet til helsetjenestens kostnader ved innføring, blant annet til organisering, diagnostikk, personell og kompetanse mv.

- Innføring av tiltaket i spesialisthelsetjenesten kan ha store og usikre økonomiske, organisatoriske og personellmessige konsekvenser både for spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Formålet vil være å styrke dokumentasjonsgrunnlaget for beslutninger som har betydelige konsekvenser på tvers av tjenesten, og koble kunnskapsinnhenting med beslutninger, prisforhandlinger og anskaffelser. Ordningen må benyttes i sammenheng med dagens virkemidler for håndtering av usikkerhet, herunder redusert betalingsvilje og prisavtaler, og hvor tiltaket uansett må vurderes å være kostnadseffektivt etter det utvidede helsetjenesteperspektivet. Ordningen må også være i tråd med etablerte ansvarsposisjoner og styringssystemer for forskning i og for helse- og omsorgstjenesten.

Frist for oppdraget: 1. november 2026.

Helse Sør-Øst RHF har gjennomført et dialogmøte med Helse- og omsorgsdepartementet for å avklare rammer og særskilte fokusområder for arbeidet. Nye metoder deltok også under dette møtet. Oppdraget knyttes til innføring av tiltak der omfanget er såpass stort at konsekvensene ved innføring vil påvirke både spesialist- og primærhelsetjeneste.

For å konkretisere arbeidet med oppdraget, vil det utredes eksempler på aktuelle tiltak. Innføring av medikamenter knyttet til forebygging av Alzheimers sykdom har vært nevnt som et slikt eksempel. Forskningens rolle i kunnskapsinnhenting og beslutningsgrunnlag ved innføring av nye metoder utover de prosesser som eksisterer i dag vil også være fokus for utredning. Dette fordi forskningens tidsperspektiver ikke umiddelbart er forenlige med behovet for hurtige avgjørelser og rask respons når nye produkter foreligger på markedet.

Hovedmål 4: Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkernes foretrukne arbeidsplass

Med utgangspunkt i tidligere gitte oppdrag for å fremme hensiktsmessig oppgavedeling skal de regionale helseforetakene iverksette et eget systematisk arbeid for å etablere hensiktsmessig oppgavedeling og god organisering av arbeidsprosesser mellom personellgrupper som er sentrale i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Det skal tas utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse i arbeidet.

Det bes om en tidsplan for arbeidet innen 1. november 2025 og en statusrapportering i årlig melding for 2025.

Det vises også til oppdrag fra 2023 om å utarbeide en årlig felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning med tiltak for å rekruttere, videreutvikle og beholde personell, med nasjonal oversikt over behov for legespesialister, ABIOKsykepleiere og jordmødre i spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av dette utarbeide regionale planer for å rekruttere og beholde fagfolk som er sentrale i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, herunder barnepleiere, jordmødre og legespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Virkemidler innen områdene i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) oppgavedeling og effektiv organisering; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling skal inngå i planene.

Det skal rapporteres på oppdraget i årlig melding for 2026.

Det ble levert en fremdriftsplan i november 2025 for arbeidet som berøres i første del av oppdraget, hvor det skal rapporteres status i årlig melding 2025. Fagledernetverket for gynekologi og fødselshjelp har etablert en arbeidsgruppe som skal jobbe med å levere i henhold til dette oppdraget.

De regionale helseforetakene skal utrede og iverksette kompetansehevende tiltak som skal bidra til å øke kapasiteten og fremme hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell i hørselsomsorgen, herunder vurdere eventuell etablering av fagskoleutdanning for fagarbeidere innen audiologi i dialog med fagskolene i regionene. Oppdraget skal sees i sammenheng med oppdrag gitt i 2024 om å etablere nasjonale videreutdanningsløp / spesialutdanninger for fagarbeidere.

Det bes om en plan for arbeidet innen 1. november 2025 og en statusrapportering i årlig melding for 2025.

Helse Midt-Norge ga 4.12.2025 tilleggskommentarer til planen for pasientforløp i hørselsomsorgen som var utarbeidet av Helse Vest på vegne av regionene, jfr. rapportering på oppdrag for dette. Helse Midt-Norge gjennomførte våren 2025 et sett framskrivninger for et utvalg yrkesgrupper. Disse framskrivningene indikerer at vi for helsefagarbeidere må øke rekrutteringen betydelig for å opprettholde antallet slik tjenesten er organisert i dag, altså før vi legger til grunn noe potensial for oppgavedeling og videreutdanning for denne gruppen. Vi ønsker derfor å se nærmere på om andre grupper av fagarbeidere kan være aktuelle blant annet for å avlaste audiografene, og vil tidlig i 2026 ta initiativ til drøftinger med audiografene i regionen om hvilke oppgaver de selv anser at det vil være hensiktsmessig at en ny gruppe vil kunne ivareta etter videreutdanning.

Helse Midt-Norge har ikke vært i dialog med fagskolene i vår region om dette enda, og vurderer at dette best ivaretas gjennom planlagt etablering av et eget samarbeidsorgan med fagskolene. Av kapasitetshensyn er dette ikke mulig å realisere før i 2026.

Helse Midt-Norge har i tillegg gått grundig igjennom tallgrunnlaget når det gjelder ventetider knyttet til hørselsutredning, tilpasning av høreapparat og andre sentrale deler av tjenestetilbudet. Vi ser at regionen vår i all hovedsak har de laveste ventetidene i landet på dette området, og har derfor foreslått i interregionalt arbeid i samarbeid med NTNU at særlig behovene i de øvrige tre regionene tilgodeses i etablering av desentrale studietilbud for audiografer. Samtidig vil vi se nærmere på muligheten for innføring av flere turnuser i vår region, og mulighetsrommet for å benytte andre yrkesgrupper til enklere oppgaver.

De regionale helseforetakene skal sammen og under ledelse av Helse Midt-Norge RHF utrede en varig løsning for videreføring av et utdanningstilbud i ultralyd for jordmødre. Utredningen skal minimum omfatte alternativene virksomhetsintern utdanning, samarbeid mellom RHF/HF og utdanningssektoren, og overføring av utdanningen til UH-sektoren. Løsningen som etableres skal være av høy faglig kvalitet og den skal være bærekraftig mht. drift og finansiering. Innkreving av egenandel skal vurderes. De regionale samarbeidsorganene mellom RHF og UH-sektoren skal involveres i arbeidet på egnet måte.

De fire regionale helseforetakene har inngått en ettårig avtale med NTNU om kontinuering av utdanningstilbud i 2026. Helse Midt-Norge har høsten 2025 gjennomført sonderinger med NTNU og fagmiljø ved St. Olavs hospital, hvor også tillitsvalgte har deltatt. Øvrige regioner inviteres til å delta i prosjektarbeidet for å finne varig innretning første kvartal 2026. Arbeidet er noe forsinket i forhold til plan.

Hovedmål 5: Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser

De regionale helseforetakene skal sammen og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gi en oversikt over samarbeid som pågår mellom aktører i Ukraina og spesialisthelsetjenesten i Norge. De regionale helseforetakene skal vurdere hvordan spesialisthelsetjenesten kan bidra innenfor de identifiserte samarbeidsområdene med Ukraina (blant annet rehabilitering, proteser, psykisk helse, antimikrobiell resistans, brannskader, prehospital akuttmedisin og CBRNE), hvilke helseforetak som kan være aktuelle for samarbeid og hvordan et slikt samarbeid kan innrettes, herunder om samarbeid mellom institusjoner (partnerskapsavtaler) kan være en egnet form. Videre skal de regionale helseforetakene vurdere hvordan helseforetakene kan bidra med utstyr og kompetanse til helsetjenesten i Ukraina.

Frist for oppdraget: 1. oktober 2025.

Oppdraget ble svart ut til frist 1. oktober. Det ble opprettet en interregional arbeidsgruppe med representanter fra alle RHF. Alle helseregionene har involvert underliggende helseforetak i å svare ut oppdraget. Det mest omfattende samarbeidet er for medisinsk evakuering (Medevac), der Norge pr. februar 2026 har tatt imot 500 pasienter fra Ukraina for medisinsk behandling. Ca. 30 av disse pasientene var tatt imot av sykehus i Helse Midt-Norge.

Det ble i besvarelsen av oppdraget også meldt inn oversikt fra alle helseregioner over andre eksisterende samarbeid med Ukraina. Det ble meldt inn en rekke pågående samarbeidstiltak, blant annet innen rehabilitering, psykisk helsevern, prehospitaltjenester, krisehåndtering og traumatologi.

De regionale helseforetakene skal bidra i Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom) sitt prosjekt med å utrede og foreslå tiltak for å få redusert antall utfall i telenettene i framtiden, og unngå at slike utfall får konsekvenser for virkemåten til nødnumrene 110, 112 og 113. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) drifter i dag nødnummer 113 for helsetjenesten.

De regionale helseforetakene har gitt Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) i oppdrag å styrke sikkerheten for nødnummer i Norge, ved å:

- bidra i Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom) sitt prosjekt med styrking av sikkerheten for nødnummer i Norge
- foreslå tiltak for å få redusert antall utfall i telenettene i framtiden og unngå at slike utfall får konsekvenser for virkemåten til nødnumrene 110, 112 og 113

Oppdraget til HDO er å bidra inn i en overordnet bestilling gitt til NKOM fra Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet (DFD) på bakgrunn av flere store utfall og manglende tilgjengelighet på nødnummer høsten 2024.

HDO har gjennom høsten 2025 deltatt i NKOM sitt prosjekt hvor det er forelagt fire ulike løsninger for hvordan en slik styrking kan utføres:

1. «Null-alternativet», dvs. dagens løsning
2. Ny nasjonal, felles telefoniplattform for alle nødnetter
3. Bruk av HDOs allerede etablerte telefoniplattform for alle nødnetter
4. Direkte tilkobling til alle nødnetter fra alle teleoperatørene

Prosjektet har en tidsplan hvor en utredningsrapport som beskriver dagens løsning, krav til en fremtidig plattform og løsning, økonomi samt fordeler og ulemper ved de ulike alternativene skal ferdigstilles og leveres i februar 2026.

I forbindelse med etableringen av ny kommunikasjonsløsning i akuttmedisinsk kjede (KAK-prosjektet) har HDO allerede etablert den tekniske plattformen som kreves for å innføre mange av forbedringstiltakene som NKOM har identifisert. Jmfør løsningsalternativ 3 har HDO derfor i sitt utredningsarbeid fokusert mye på hvordan den allerede etablerte løsningen kan skaleres opp til også å ivareta nødnummer for brann og politi. HDOs styre har stilt seg positive til å levere en slik fellestjeneste til alle nødnetter, og advokatfirmaet Haavind har foretatt en juridisk vurdering om adgangen til å levere denne typen omfattende drifts- og forvaltningstjenester til de andre nødnettene. Haavind konkluderer på et overordnet nivå at slike tjenester kan tilbys innenfor et offentlig-offentlig samarbeid etter anskaffelsesforskriften § 3-3.

Etter advokatfirmaet Haavinds vurdering vil et slikt samarbeid være i tråd med den samfunnsmessige utviklingen mot økt digital samhandling og styrket totalberedskap. Samarbeidet må likevel tilpasses det konkrete oppdraget og alltid vurderes opp mot relevante rettslige krav, særlig knyttet til sikkerhet, kompetanse og begrensninger mot kommersiell virksomhet.

I lys av den endrede geo- og sikkerhetspolitiske situasjonen og oppdrag gitt til Forsvaret i etatens tildelingsbrev for 2025 knyttet til militært behov for sivil støtte, gis følgende oppdrag til Helse Nord RHF og de andre regionale helseforetakene, som løses med dialog innenfor rammen av gitte føringer til Forsvaret:

- Kartlegge relevante beredskapskapasiteter og -behov i spesialisthelsetjenesten, klargjøre rollefordeling og logistikkbehov mellom sykehusene i den enkelte helseregion og behovet for samarbeid på tvers av helseregionene.

Det bes om en tidsplan for arbeidet innen 1. november 2025 og en statusrapportering i årlig melding for 2025.

Det vil også bli gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om at Utvalg for sivilt-militært helseberedskapssamarbeid skal bidra inn i arbeidet, og spesielt vurdere behovet for samarbeid med kommunehelsetjenesten og med andre aktører.

De regionale helseforetakene har utarbeidet gap-analyse sett opp mot forventninger til spesialisthelsetjenestens rolle i totalforsvaret, og etablert handlingsplan med prioriterte

tiltak. Flere av tiltakene er etter dialog med HOD løftet til departementsnivå for videre oppfølging. RHF-ene arbeider med lukking av tiltak som kan løses innenfor egne ansvarsområder og oppgaver.

Klarlegging av behov for samarbeid på tvers av helseregionene: Det er utarbeidet plan for interregional samordning og koordinering av spesialisthelsetjenesten i krig, på bakgrunn av gap-analysen. Det vil bli gjennomført øvelse av planen for å kunne vurdere om formålet med planen blir oppfylt i praksis, med etterfølgende oppdatering / revisjon basert på evaluering etter øvelse.

For samtlige deler av oppdraget er det en forutsetning at Forsvaret konkretiserer sine behov, noe Forsvaret legger til rette for gjennom arbeidet som foregår i forbindelse med utvalg for sivil-militært helseberedskapssamarbeid. Derfor legges fortsatt den tidligere rapporterte tidsplanen til grunn for gjennomføring av oppdraget.

I september 2026 gjennomføres øvelse TDX26, som er en nasjonal totalforsvarsøvelse hvor nasjonen skal øve på håndtering av krig, det vil si øve på å iverksette tiltakspakkene til Full beredskap i Sivilt beredskapssystem samt eget relevant planverk.

Fordeling av rekrutterings- og samhandlingsmidlene

Helse Midt-Norge RHF har fordelt rekrutterings- og samhandlingsmidlene ut til Helsefelleskapene etter inntektsfordelingsmodellen. Midlene er overført til HF-ene, og det er gitt føringer for midlene i Oppdrag og bestilling for 2025. Helseforetakene rapporterer som følger:

Helse Møre og Romsdal

Helseforetaket har i 2025 fordelt rekrutterings- og samhandlingstilskuddet til fire prosjekt i samarbeid med kommuner og sykehus i fylket. Prosjektene er pågående og rettet mot bedre samhandling, mer helhetlige pasientforløp og mer effektiv ressursbruk.

Prosjekt og status

- PSHT Møre og Romsdal (Kristiansund, Aukra og Ålesund kommuner; Klinikk Ålesund og Klinikk SNR): Tilskudd 2025: 6,1 mill. kr. Pågående. Toårig prosjekt med mål om drift fra 2027.
- Samhandlingsoptimalisering med Helseplattformen (2025–2026) (Ålesund, Molde og Kristiansund kommuner; Klinikk Ålesund og Avdeling for e-helse og teknologi). Tilskudd: 7,64 mill. kr. Pågående.
- Barn og unges helsetjeneste – samhandlingsforløp for ungdom med rusvansker (alle kommuner i fylket; Klinikk psykisk helse og rus). Tilskudd: 0,24 mill. kr. Pågående. Skal implementeres som varig forløp.
- Forankring av varig nettverk for læring og mestring (Molde kommune; Klinikk SNR). Tilskudd: 0,135 mill. kr. Pågående. Planlagt etablert som varig nettverk.

Forventet effekt

Prosjektene er hovedsaklig i gjennomføringsfase. Forventet effekt er:

- Bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Mer sømløse og trygge pasientforløp
- Redusert risiko for reinnleggelser og unødvendig ressursbruk
- Styrket kompetanse, læring og felles eierskap til utvikling
- Bedre utnyttelse av Helseplattformen som samhandlingsverktøy

Varighet og spredning

Flere prosjekter er planlagt overført til ordinær drift etter prosjektperioden, bl.a. PSHT og samhandlingsforløp i Barn og unges helsetjeneste. Prosjektene er utformet med mål om bredding til flere pasientgrupper og kommuner, og erfaringene blir delte gjennom Helsefellesskapet.

Involvering av kommuner

Kommunene er tett involvert gjennom styringsgrupper, prosjektarbeid og behandling i strategisk samarbeidsutvalg i Helsefellesskapet. Dette sikrer felles eierskap, god forankring og bred kjennskap til status og resultat.

St. Olavs hospital

Strategisk samarbeidsutvalg vedtok 17.09.25 følgende fordeling av rekrutterings- og samhandlingstilskudd 2025, til bruk i 2026:

- Rett hjem – forsterket utskrivningsteam (St. Olavs hospital medisinsk klinikk, ortopedisk avdeling, Lungemedisin, Orkdal Sjukehus og kommunene Trondheim, Melhus og Ørland).
Tilskudd: 5 490 000. Pågående prosjekt (01.09.25 – 30.06.26). Sluttrapport vil gi anbefaling til 1) videreføring som prosjekt, 2) bredding av prosjekt, 3) hele eller deler driftsettes, 4) avsluttes. Videre finansiering avhenger av anbefaling og endelig beslutning.
- Bedre samhandling om barn og unge med behov for sammensatte tjenester i helsefellesskapet i søndre Trøndelag.
Tilskudd: 1 560 000. Pågående prosjekt (2025 – 2028). Behov for finansiering i 2027 og 2028.
- Felles traineeordning for sykepleiere (St. Olavs hospital og Trondheim kommune, Hitra og Melhus deltar i styringsgruppe, som mulige breddingskommuner).
Tilskudd: 832 000. Pågående prosjekt (kull 1). Behov for finansiering i 2027. Mål om oppstart kull 2 i 2026 – vil da ha behov for finansiering i 2028.
- Oppstartprosjekt - Helseplattformen som samhandlingsverktøy (St. Olavs hospital og alle HP-kommuner).

Tilskudd: 1 000 000. Ikke startet opp. Uavklart videre finansieringsbehov utover 2026.

- Støttefunksjoner prosjektstyring (Hele helsefellesskapet).
Tilskudd 1 400 000. Stilling ikke utlyst (under planlegging). Behov for finansiering i 2027 og evt. 2028.
- Helsefellesskapets samhandlingsdag (Hele helsefellesskapet)
Tilskudd: 150 000. Gjennomføres 2026, men ikke avklart målgruppe, tematikk etc.

Ufordelte midler: 868 000. Strategisk samarbeidsutvalg vedtok 03.12.25 bruk av ufordelte midler slik: 125.000 til felles trainee, 400.000 til barn og ungeprosjektet og resterende 343 000 ble reservert for oppstart Hjemmesykehus.

Helse Nord-Trøndelag

All bruk av rekrutterings- og samhandlingstilskudd tildeles, med hjemmel i samarbeidsavtalen mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene, av Politisk samarbeidsutvalg i helsefellesskapet etter innstilling fra Administrativt samarbeidsutvalg. De tildeles ikke gjennom en åpen søknadsrunde, men etter forslag fra sekretariatet og/eller helsefellesskapets fagråd.

- Fagutviklere (Alle kommunene i helsefellesskapet).
Tildelt 2,2 mill 2024, ingen tildeling i 2025. To fagutviklere er ansatt, med oppstart i august og september 2025 i 100 % fast stilling. Planlagt som permanent finansiering gjennom rekrutterings- og samhandlingstilskudd uten overgang til ordinær drift.
- Helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem for akutt syke (Alle kommunene i helsefellesskapet).
Tildelt 1,2 mill i 2024 og 0,8 mill i 2025. Planlagt finansiering også i 2026. Tiltakene forventes spredt til hele helsefellesskapet, der de ansatte fagutviklerne bidrar aktivt med å understøtte implementering i begge sykehus og alle kommuner.
- Implementering barn og unge (Alle kommunene i helsefellesskapet).
Tildelt 0,2 mill i 2024. Det er for tidlig å vurdere gevinster av arbeidet, men forventet gevinst er bedre samordnede og helhetlige tjenester for barn og unge, som vil gi økt kvalitet og pasientsikkerhet. Tiltaket forventes spredt til hele helsefellesskapet, der de ansatte fagutviklerne bidrar aktivt med å understøtte implementering i begge sykehus og alle kommuner.
- Samhandlingskonferanse 2025 (Alle kommunene i helsefellesskapet, inkluderer også samarbeidspartnere).
Tildelt 0,2 mill i 2024. Er ikke planlagt gjennomført innenfor ordinær drift, kun gjennom rekrutterings- og samhandlingsmidler.
- Forskning på samhandling (Alle kommunene i helsefellesskapet).
Tildelt 0,5 mill i 2024. Er pågående, men er ikke planlagt overgang til vanlig drift.

- Samsim – samarbeid om simulering.
Tildelt 1,5 mill i 2025. Prosjektet er etablert, men er i en oppstartsfasen. Tiltaket prøves ut med Sykehuset Namsos og Namsos kommune, og planlegges spredt til resten av kommunene og sykehuset Levanger i løpet av høsten 2026 med overgang til vanlig drift.
- Innovasjonscamp Helse 2025
Tildelt 0,1 mill i 2025. Gjennomført helsefaglig innovasjonscamp i regi av Helse Nord-Trøndelag, Nord Universitet og Namsos kommune, der alle 10.-klassinger i Namdalen var invitert. Tiltaket ble i 2025 utvidet fra å bare gjelde Namsos kommune til hele Namdalen. Det vurderes gjennomføring også i tilknytning til Sykehuset Levanger og omliggende kommuner i 2026. Nord Universitet og Olav Duun Videregående skole i Namsos har opplevd økt søkning til helsefaglige utdanninger i 2025. Planlagt overgang til ordinær drift.
- Palliativ plan – forprosjekt (Alle kommunene i helsefellesskapet).
Tildelt 0,3 mill i 2025. Planlagt finansiering også i 2026. Forprosjektet vil beskrive spredningstiltak, og ambisjonen må være å oppnå spredning til hele helsefellesskapet og overgang til ordinær drift.
- Digital hjemmeoppfølging (Alle kommunene i helsefellesskapet).
Tildelt 0,4 mill i 2025. Gjennom forprosjektet skal det utvikles en felles modell for innføring av digital hjemmeoppfølging i helsefellesskapet. Denne vil gi grunnlag for spredning av tiltaket til flere kommuner i helsefellesskapet, og prosjektet omfatter alle kommunene i helsefellesskapet. Det er planlagt finansiering også i 2026, samt overgang til ordinær drift.
- Felles lederutvikling - forprosjekt
Tildelt 0,695 mill i 2025. Forprosjektet vil fortsette i 2026 for å sikre eierskap og likeverdighet mellom kommuner og sykehus i utformingen av lederutviklingsprogram. Det er planlagt overgang til ordinær drift.
Forankringsarbeidet har bidratt til økt entusiasme rundt samarbeid mellom HR-ledere i kommuner på Innherred og Inn-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag. Forventet fremtidig gevinst av et felles lederutviklingsprogram vil være bygging av felles kultur og sterkere nettverk mellom ledere på nivåene nærmest tjenestene, og gjennom dette legge til rette for bedre samhandling både innad og mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Prosjektet ledes av Helse Nord-Trøndelag og Verdal kommune, med aktiv involvering fra øvrige kommuner på Innherred og i Inn-Trøndelag. Programmet vil være rettet mot hele helsefellesskapet.
- Digitalisering av samhandlingsavvik (hele helsefellesskapet)
Tildelt 0,1 mill i 2025, planlagt overgang til ordinær drift. Det har også vært dialog med de to andre helsefellesskapene i Midt-Norge, og det er lagt til rette for å kunne innføre felles løsning. Arbeidet vil fortsette i 2026. Et digitalt og mer brukervennlig skjema for innmelding av samhandlingsavvik vil antagelig bidra til en betydelig økning i bruk av samhandlingsavvik som forbedringsvirkemiddel. Bedre oversikt

over utfordringer i samhandlingen vil kunne gi vesentlig bedre grunnlag for videre forbedringsarbeid, og på sikt styrke samhandlingen.

- Utredning av videre drift av mobil røntgen i Namdalen.
Tildelt 0,75 mill i 2025. Tjenesten har vært i drift siden 2018, finansiert med rekrutterings- og samhandlingstilskudd i 2. halvår 2025. Kommunene i Namdalen og Helse Nord-Trøndelag gjorde en vurdering av mulig felles modell for finansiering og drift fra 1.1.2026, med mål om videreføring i ordinær drift med felles finansiering. Tiltaket forventes å bidra til en effektiv og trygg røntgentjeneste i regionen. Utredning i samarbeid med Trøndelag Forskning og Utvikling i 2019 har vist at tilbudet gir positive gevinster for kommuner og pasientene. Tiltaket er primært aktuelt for Namdalen, som delvis har lang avstand til røntgentilbud.

5. Styrets plandokument

Helse Midt-Norge RHF viser i denne sammenheng til [Regional utviklingsplan 2023-2026](#) vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 14.12.2022. For å møte utfordringene helsetjenesten står ovenfor i årene som kommer, er følgende fem hovedsatsninger beskrevet i regional utviklingsplan:

- Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning
- Samling om beste praksis
- Regionale fellesløsninger
- Bærekraft i personell og kompetanse
- Sterkere samhandling

Helse Midt-Norge RHF viser også til [Økonomisk langtidsplan 2026-2031](#) inkl. [tabeller](#) og innspill til statsbudsjettet fra de regionale helseforetakene.

6. Innspill regionalt brukerutvalg

Det regionale brukerutvalget (RBU) mener samarbeidet med styret, ledelsen og øvrige ansatte i Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF) gjennom året har vært meget godt. Direktør for eierstyring og beredskap møter fast i RBU sitt arbeidsutvalg (AU RBU) og administrerende direktør deltar på møtene i RBU. Dette i tillegg til fast deltagelse fra fagavdelingen i RBU møtene. Vi mener derfor at brukerutvalget blir godt oppdatert på aktuelle saker som det arbeides med og styresaker som skal til behandling i styret. I tillegg blir aktuelle saker og prosjekter presentert og diskutert i møtene i RBU. Deltakelsen i styremøtene er gode, og innspill fra RBU blir lyttet til og tatt hensyn til. Samarbeidet med administrasjonen er meget viktig for at RBU skal kunne fylle mandat og roller som er forutsatt og forventet. Dette skjer både i prosesser og i møter i RBU.

RBU har hvert år en intern evaluering av arbeidet som utføres og hvordan dette gjøres i forhold til mandat og arbeidsoppgaver. Erfaring fra de senere årene er at oppgaven med å holde god kontakt med pasientorganisasjonene er krevende. Bakgrunnen er at de fleste medlemmene i RBU er foreslått fra paraplyorganisasjoner som har en rekke særorganisasjoner i sitt bakland. Dette er viktig fordi RBU må ha organisasjonene sin tilslutning for de synspunkt som fremmes i og av RBU.

Brukerrepresentasjon og brukervedvirkning

I samband med oppnevning som medlem i RBU er det viktig at den enkelte blir gjort klar over at det er flere representasjoner og møter i andre fora enn antall møter i RBU. Brukerrepresentasjon og brukervedvirkning i HMN RHF blir på de fleste områder meget godt ivaretatt. Som en generell betraktning vil RBU fortsatt peke på betydningen av at medvirkningen må skje på tidspunkt hvor brukerkompetansen får en reell oppmerksomhet og innflytelse gjennom likeverdig deltagelse i pågående prosesser fra start. Det er imidlertid fortsatt slik at brukervedvirkning noen ganger må etterspørres.

RBU er veldig fornøyd med at utvalget i mai 2025 fikk tildelt PC med tilgang til bl.a. HMN e-post og Teams. Dette har bidratt til å lette arbeidet som brukerrepresentant, ved at brukerrepresentantene har likeverdig tilgang til informasjon, dokumenter og samhandling med ansatte.

Vi opplever at RBU sine uttalelser og tilbakemeldinger blir lyttet til og tatt med i endelig beslutningsgrunnlag. Brukervedvirkning i helseforskning har hengt etter, men vi registrerer at dette er i bedring og flere av RBU sine medlemmer deltar aktivt som brukerrepresentanter i ulike sammenhenger innen fagfeltet helseforskning og innovasjon. Dette er et krevende arbeidsområde både for brukerrepresentanter og forskere, slik at det skal bli bedre resultater i helsetjenestene for pasientene.

De tolv medlemmene i utvalget hadde til sammen 423 oppdrag som brukerrepresentanter for å dekke opp de ulike oppnevningene regionalt og nasjonalt. I tillegg kommer de 11 møtene i RBU. De ordinære møtene gjennomføres i HMN RHF sine

lokaler og har en varighet på mellom 6 og 8 timer. Det ble i løpet av året behandlet 123 saker.

I styremøte i HMN RHF i november ble det oppnevnt nytt brukerutvalg for perioden 01.01.2026 til 31.12.2027. I denne sammenheng fikk vi i forkant av styrets behandling av saken meddelt at HMN RHF, som innsparingstiltak, ønsket å redusere antall medlemmer i RBU fra 12 til 10. Likeså at noen av møtene ble omgjort fra fysiske til digitale møter. Etter drøftinger med ledelsen ble det oppnådd enighet om at årlig regional brukerkonferanse, som innsparingstiltak, avvikles, RBU reduseres fra 12 til 10 medlemmer og dagens organisering og møtegjennomføring opprettholdes. RBU fattet slikt vedtak i RBU møte 19.11.25:

- *Styresak 171-2025 Oppnevning av medlemmer i Regionalt brukerutvalg 2026-2027*
 - *Som utgangspunkt mener RBU at dagens ordning burde vært evaluert før beslutning om endring.*
 - *RBU mener det er krevende å redusere fra 12 til 10 medlemmer, og viser i denne sammenheng til at medlemmene har om lag 50 aktive oppnevninger. Vi frykter at belastningen på den enkelte kan bli uforholdsmessig stor. RBU ser samtidig at det kan være mulig å engasjere andre brukermedvirkere i oppnevninger hvor det er behov for særskilt kompetanse som RBU ikke har.*
 - *Færre medlemmer kan bety at viktige fagområder og sårbare grupper står uten representasjon, noe som kan føre til redusert kvalitet på de råd som utvalget gir.*
 - *RBU ser det som helt nødvendig at endret organisering av RBU blir evaluert ved utgangen av 2026, og vil ta initiativ til det.*

Dette betyr at antall brukerrepresentanter fra årsskiftet er redusert med 16 % og regional brukerkonferanse avvikles fra og med 2026. RBU vil ta initiativ til et møte annethvert år hvor alle medlemmene i brukerutvalgene i foretaksgruppen samles, og at forskningsprisen blir utdelt her. RBU vil også være på tilbudssiden for å komme ut til paraplyorganisasjonene og særorganisasjonene for å informere om arbeidet i RBU.

RBU har eget [arbeidsområde](#) på hjemmesiden til HMN. Alle aktuelle dokumenter, presentasjoner og protokoller er offentliggjort på arbeidsområdet

Noen aktiviteter og noen utvalgte saker behandlet av RBU i 2025

Samarbeid med andre brukerutvalg i regionen og andre RBU

Ledere og nestledere i brukerutvalgene i foretaksgruppen HMN møtes to ganger årlig. Dette er viktig blant annet for å unngå misforståelser og at saker av felles interesse blir samordnet og om mulig koordinert. Når vi møtes, oppdaterer vi hverandre på aktuelle og krevende saker. Eksempler på slike saker i år er Helseplattformen, spesielt legevakt- og fastlegeløsningen. Vi forfattet et felles brev til statsråd Jan Christian Vestre om viktigheten av at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bidrar i tråd med anbefaling i Riksrevisjonens rapport. I denne rapporten anbefales det at HOD er en aktiv aktør sammen med eierne slik at Helseplattformen breddes ut til flere kommuner, legevakter, fastleger og avtalespesialister. Av andre saker av felles interesse kan nevnes rehabilitering, økonomi, senter for psykisk helse og avkortning uføretrygd for brukerrepresentanter som mottar uføretrygd.

RBU har en del felles arbeidsoppgaver med brukerutvalget ved St. Olavs hospital HF (STO). Dette har sammenheng med at flere regionale funksjoner er lagt til STO og RBU utfordres ofte på hvordan regionale oppgaver ivaretas. Leder og nestleder i RBU og BU STO har i år møttes og kommet fram til en hensiktsmessig måte å håndtere dette på, ved at vi på en bedre måte holder hverandre oppdatert gjennom året i samband med slike oppgaver.

Leder og nestleder i de fire RBUene har også to årlige fysiske samarbeidsmøter for å drøfte saker av felles interesse. I tillegg avholdes det flere digitale møter gjennom året for drøfting av konkrete saker. I takt med utvikling av nasjonale helseforetak og igangsetting av nasjonale prosjekter, øker forventningene om brukermedvirkning i nasjonal sammenheng. At stadig flere nasjonale helseoppgaver gjennomføres i regi av de regionale helseforetakene fører til at samarbeidet i nettverk mellom de regionale brukerutvalgene bør ytterligere utvikles og styrkes.

Det ble i regi av de fire RBUene også gjennomført ett fysisk og ett digitalt møte med lederne av brukerutvalgene i de fire felleseide helseforetakene. Bakgrunnen for møtene er at brukermedvirkningen i de felleseide helseforetakene, med unntak av Pasientreiser HF, fungerer dårlig. Dette er en sak som det må arbeides med i løpet av 2026.

Lederne i de fire RBUene inviteres årlig til et møte med HOD for å diskutere innspill til oppdragsdokumentet. Årets møte fant sted i HOD den 26. september 2025, hvor vi ga innspill til tre ulike tema til oppdragsdokument 2026:

- Psykisk helsevern og rus (styrking av ulike tilbud bl.a. døgnkapasitet)
- Innføring av nasjonalt meldesystem for klage og avvik for pasienter, som kan kobles med register for alvorlige hendelser
- Nasjonal plan for helsekompetanse

Regional brukerkonferanse

RBU har årlig arrangert en regional brukerkonferanse for alle medlemmer i brukerutvalgene og ungdomsrådene i helseregionen. Brukerkonferansen i november 2025 hadde svært god deltakelse. Dårlig økonomi i sykehusforetakene, spesielt Helse Møre og Romsdal HF (HMR) medførte færre deltagere derfra. Faktisk deltok bare 2 fra BU HMR og 2 fra ungdomsråd HMR. Det positive er at vi opplevde at vi i år hadde langt flere påmeldte fra pasientorganisasjonene, herunder brukerrepresentanter fra kommunale råd for funksjonshemmede.

Årets konferanse var delt mellom to tema:

- Tema dag 1: Beredskap i spesialisthelsetjenesten
- Tema dag 2: Bruk av ny teknologi i helsetjenesten i dag og i fremtiden

På temadag 1 ble det gitt en god gjennomgang av tre ulike tema:

- Den sikkerhetspolitiske situasjonen og konsekvenser for Norge
- Helseberedskap
- Trusselbildet for spesialisthelsetjenesten

På temadag 2 ble det satt søkelys på og gitt praktiske eksempler innen følgende tema:

- Teknologi som trygghet – nye løsninger i hverdagen
- Fra tastatur til tale – når ordene skriver seg selv. AI assistentene er her!
- Fra idé til virkelighet – brukernes digitale ønskeliste
- Samopp – sterkere sammen for bedre pasientforløp
- Behovsstyrte helsetjenester – en ny retning

Som foredragsholdere ble det brukt både interne og eksterne ressurser. I tillegg til ovennevnte tema deltok administrerende direktør i Helseplattformen AS Siri Berg, som ga en status om Helseplattformen.

Tilbakemeldinger fra deltakere på konferansen viste en gjennomgående god evaluering av konferansen både med hensyn til tema og gjennomføring.

Forskningsprisen i Helse Midt-Norge

RBU i HMN er gitt ansvar for å utlyse, vurdere, velge ut og tildele forskningsprisen i HMN. Prisen er instituert av styret for HMN RHF, etter anbefaling fra Samarbeidsorganet for utdanning, forskning og innovasjon.

RBU har utarbeidet egne retningslinjer og legger vekt på følgende momenter:

- Prosjektet skal ha sin forankring i Helse Midt-Norge
- Prosjektet skal dokumentere sine resultater
- Prosjektet skal ha høy vitenskapelig kvalitet
- Prosjektet skal komme pasienter og pårørende til gode gjennom bedre behandlingstilbud og/eller bedre opplæringstilbud

Prisen kan gå til enkeltperson eller forskergruppe innenfor alle relevante fag og tverrfaglige miljøer. I 2025 hadde vi mer enn 10 ulike foreslåtte kandidater til prisen. Gjennomgående var det prosjekt med høy faglig kvalitet med god brukermedvirkning. RBU tildelte forskningsprisen 2024 til Håvard Kallestad, psykologspesialist, PhD, St. Olavs hospital, Klinikk psykisk helsevern. Prisen er på kr 150 000.- samt diplom. Utdelingen fant sted på den regionale brukerkonferansen. Kallestad holdt i etterkant av utdelingen et meget godt [innlegg](#) om forskningsprosjektet.

Protesekirurgi som dagbehandling ved sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR), Kristiansund

Saken ble behandlet i ekstraordinært RBU møte den 19.03.2025. Det forelå enstemmig vedtak fra brukerutvalg og styret i HMR, samt innstilling til styremøte HMN RHF om at tilbudet skulle etableres ved SNR Hjelset, ikke i Kristiansund. RBU mente saken var grundig utredet og at dokumentasjonen entydig trakk i retning av de vedtak og innstillinger som forelå i saken. RBU fattet derfor vedtak som støttet at tilbudet ble

etablert på Hjelset. Vedtaket ble fattet mot en stemme, som ønsket tilbudet lagt til Kristiansund.

Helseplattformen (HP)

HP er fortsatt en svært aktuell sak for RBU. Tilgang til egne pasientopplysninger via HelsaMi er en sak utvalget har brukt svært mye tid på gjennom hele året. Tilgang til egen journal, herunder alle opplysninger som gjelder oss som pasienter er en lovfestet rettighet, som vi ser at de andre regionale foretakene er langt bedre på enn HMN. Dette er ikke bra, og vi mener at det i forkant av innføringen av HP burde vært en klar strategi for raskest mulig utrulling av all pasientinformasjon til HelsaMi. Det er først nå i 2025, mer enn tre år etter innføring ved STO, vi opplever noe framdrift på dette området. Helsepersonell må huske at de er på besøk i pasientens liv og at det er pasienten som er eier av alle opplysninger om seg selv og sin egen helse. Det virker som det kan være en lang og krevende modenhetsprosess blant enkelte kategorier helsepersonell i forhold til publisering av informasjon til HelsaMi. Det er en positiv utvikling nå, men vi mener det må kunne forventes at all informasjon, med noen få unntak, automatisk blir delt til HelsaMi i løpet av 2026. RBU kommer til å følge opp denne saken gjennom 2026, da vi anser at dette er noe av grunnlaget bak innføringen av HP, noe som så langt ikke har svart til forventningene hverken hos pasienter eller pårørende. HMN RHF hadde en [nyhetssak](#) i juni om deling, hvor det blir vist til at RBU har vært pådrivere i saken.

Situasjonen for legevakt- og fastlegeløsningen er en sak som opptar alle brukerutvalgene i foretaksgruppen. BUene har gitt en felles uttale hvor det ble slått fast at - *Uten fastlegene med på ordningen er det umulig å nå målsettingene*. Framdriften har vært dårlig og RBU viser til at Riksrevisjonen har en tydelig anbefaling om å legge til rette for størst mulig oppslutning om HP fra kommuner, fastleger og avtalespesialister. Status i 2025 er at ingen legevakter eller fastleger tok løsningen i bruk i løpet av året. Brukerutvalgene i fellesskap skrev brev til statsråd Jan Christian Vestre om sin bekymring for manglende engasjement for legevakt- og fastlegeløsningen. Brevet avsluttes med – *Da faller mye av gevinsten, som skulle tas ut gjennom samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste, fastleger og legevakter, bort. Vi som pasienter blir store tapere, da det nettopp er fastlegene som vi alle har et forhold til og som er navet i pasientens behandling*.

RBU mener at eierne og Helseplattformen AS må holde stort trykk på denne saken. For både pasienter, kommuner og spesialisthelsetjenesten faller mye av den forutsatte samhandlingsgevinsten bort om ikke legevakt og fastlegeløsningen blir tatt i bruk i de 34 kommunene som anvender HP.

Vi ser det som svært viktig at styremøte HMN RHF den 18.12.2025 i sak *Videre arbeid med eierstrategi Helseplattformen AS* gjorde følgende vedtak:

Styret ber om at den nye eierstrategien og avtaleverket mellom partene fortsetter å ta høyde for at vi fremdeles ønsker flere kommuner inn i samarbeidet, og at utviklingen av fastlege- og legevaktfunksjonalitet for Helseplattformen videreføres.

Rehabilitering

Rehabilitering er den saken som i fjor har medført desidert flest henvendelser til RBU. Henvendelsene har kommet fra enkeltpersoner, organisasjoner, brukerutvalg, ansatte ved rehabiliteringsinstitusjoner og politikere. Alle henvendelsene kom i etterkant av tildelingen. Alle som tok kontakt hadde tilhørighet i Trøndelag, og var bekymret for endringer i rehabiliteringstilbudet i fylket som følge av ny tildeling. RBU hadde en egen intern arbeidsgruppe som deltok i arbeidet og leverte sine skriftlige merknader og anbefalinger til arbeidsgruppen for rehabilitering. Likevel mener vi det er grunnlag for å stille spørsmål om framtidig tilbud vil svare ut målsettingen om framragende rehabilitering. Det gjelder spesielt døgnopphold for kronikere, er dette godt nok med hensyn til kapasitet og lengde på opphold?

Forebygging

Forskning dokumenterer en gevinst på 14 kroner for hver krone som investeres i forebygging. I juni 2025 sendte 63 organisasjoner en [felles henvendelse](#) til HOD med oppfordring om at helsetjenesten må satse mer på forebygging.

Dette er et veldig viktig tema, ikke minst i perspektivet at dagens helsevesen ikke er bærekraftig fremover og trenger å drifte med mindre penger tilgjengelig. Brukerperspektivet og samhandling er viktig for å få det til. Forebygging er omtalt som tiltak i HMN sin regionale utviklingsplan, som har virketid ut 2026. RBU har etterlyst hva som er utført i forhold til dette. Tilbakemeldingen var at forebygging som tema ikke har funnet plassen sin enda. Innen smittsomme sykdommer gjøres mye godt arbeid innen forebygging, men ikke innen ikke-smittsomme sykdommer. RBU mener at spesialisthelsetjenesten i kontakt med den enkelte bruker må være langt mer aktive og gi råd om forebygging, ikke bare henvise til primærhelsetjenesten. Det kan ikke være slik at spesialisthelsetjenesten, som et eksempel, bare har ansvar for å drive forebygging etter behandling av hjerteinfarkt. Det viktigste er jo å unngå at infarkt oppstår.

RBU opprettet i mai en intern arbeidsgruppe som skal bidra til å øke vår kompetanse på feltet. RBU fattet slikt vedtak i RBU møte 12.05.25, sak 39/25 *Spesialisthelsetjenestens bidrag i forebyggende helsearbeid:*

- RBU registrerer at Helse Midt-Norge ikke har iverksatt arbeidet innenfor feltet forebygging
- RBU ber om at dette settes på sakskartet til høsten
- RBU ønsker at fagavdelingen kommer tilbake med en orientering om arbeidsomfanget, og hvordan de vil gripe tak i dette viktige feltet fremover
- RBU viser til at regional utviklingsplan 2023-2026 ikke er fulgt opp på dette området

I løpet av året har vi gitt innspill på at i arbeidet med ny regional utviklingsplan, som blir gjeldende fra 2027, bør forebygging være inkorporert i alle de seks satsingsområdene som styret HMN RHF har vedtatt. I forkant av etableringen av intern arbeidsgruppen fikk RBU en [orientering](#) fra fagavdelingen om temaet.

Behandlingen av hjerteinfarkt i Midt-Norge

Saken hadde sitt utspring ved at både fagfolk og andre aktører mener det må etableres PCI senter ved Ålesund sykehus. RBU ble også opptatt av denne saken og ba om en orientering fra fagavdelingen. HMN RHF opprettet en arbeidsgruppe som skulle gjennomgå kvaliteten av behandling av STEMI-hjerteinfarkt i Trøndelag og Møre og Romsdal. Arbeidet ble ferdigstilt i midten av desember og konklusjonen fra en samstemt arbeidsgruppe, som besto av hjerteleger fra alle sykehusene i regionen, er at pasienter i Midt-Norge får god behandling ved akutt hjerteinfarkt. Det blir likevel vist til forbedringspunkter som blir lagt til grunn for videre arbeid med forbedring og en vurdering av PCI-tilbudet i Midt-Norge. RBU fikk orientering om [rapporten](#) i RBU møte den 17.12.2025 og mener at det var riktig og fornuftig med en faglig tilnærming til denne saken.

Pakkeforløp kreft

Denne saken ble innmeldt av RBU med bakgrunn i at det så ut som at målene i pakkeforløpene ikke ble nådd i HMN. Vi fikk orientering fra fagavdelingen i vårt møte i juni. Resultatene ligger lavere enn de andre RHFene i landet, og under målene siden 2021. Det hadde vært en betydelig forverring spesielt ved STO etter innføring av HP. RBU er fornøyd med at årsaken til at målene ikke er nådd er identifisert som manglende registrering/koding og ikke at færre får behandling. HMN RHF nedsatte en arbeidsgruppe som satte større søkelys på dette slik at arbeidet med oppfølging og registrering av pakkeforløp kreft blir forsert. Arbeidsgruppen, som skal sikre korrekt rapportering på pakkeforløp kreft, har lagt vekt på opplæring av de som koder, ressurser til koding, samt retting av risikoer identifisert i ende-til-ende kartleggingen i HP. Saken vil bli fulgt opp av RBU i 2026.

Virksomhet- og tertialrapporter

RBU har i likhet med rapportene til styret hatt stor oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet samt etterlevelse av krav til ventetider og fristbrudd. RBU har støttet det viktige arbeidet med å redusere ventetider og å nå målsetting i forhold til fristbrudd. Det er ved utgangen av 2025 fortsatt utfordringer når det gjelder ventetider, spesielt innen somatikk hvor andel fristbrudd er for høy. Virksomhetsrapportene har fortsatt mye oppmerksomhet på økonomisk utvikling og stramme økonomiske rammer. RBU er i denne sammenhengen svært opptatt av hvilke konsekvenser stramme økonomiske rammer har på kapasitet, kvalitet og pasientsikkerhet.

RBU har ved flere anledninger etterlyst mer oppmerksomhet og bedre orienteringer om det høye sykefraværet, herunder hvilke konsekvenser dette gir for kapasitet og pasientbehandling. Vi vil fortsette å etterlyse flere tiltak i forhold til sykefraværet.

RBU har vært opptatt av innhold og kvalitet i alle pakkeforløp, men registrerer at det er manglende måloppnåelser på flere områder også innen kreftforløp. RBU er opptatt av hvilke konsekvenser dette har for pasienter og hvilke tiltak som etableres.

RBU sin deltagelse i styringsgrupper, arbeidsgrupper, utvalg m.v.

Representanter fra RBU deltar i mange styringsgrupper, prosjektgrupper, arbeidsgrupper og utvalg. I RBU møtene blir det gitt tilbakemeldinger til medlemmene om innhold i slikt arbeid. Mange slike saker settes på saklista i RBU og diskuteres slik at representantene i utvalgene kan få diskutert utfordringer og problemstillinger, og at sakene kan bli opplyst av ledere i administrasjonen.

RBU sine medlemmer deltar som brukerrepresentanter i bl.a.:

- Beslutningsforum, Nye Metoder
- Digitaliseringsstyret
- Styringsgruppe Program brukervennlighet
- Styringsgruppe Regional legemiddelstrategi
- Styringsgruppe Pasientens prøvesvar
- Styringsgruppe Evaluering av nasjonal følgetjeneste
- Styringsgruppe Regional utviklingsplan
- Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon - SO
- Regionalt samarbeidsutvalg for utdanning – SUU
- Regionalt samarbeidsutvalg for forskning og innovasjon – SUFI
- Rådgivningsgruppe HUNT
- Digital hjemmeoppfølging
- Programstyret klinisk behandlingsforskning
- Brukerutvalg Sykehusbygg HF
- Brukerutvalg Pasientreiser HF
- Brukerutvalg Luftambulansetjenesten HF
- Brukerutvalget Sykehusinnkjøp HF
- Brukerutvalget Helseplattformen AS
- HEMIT HF, observatør i styret
- Arbeidsgruppe Prehospitale tjenester/akuttmedisinsk gruppe
- Ulike grupper for vurdering av forskningssøknader
- Fabry spesialistgruppe – sjeldne sykdommer
- Interregionalt kompetansenettverk (IRK)
- Regionalt fagråd for digitale helsetjenester (DHT)
- Tjenesteinnovasjonsprosjektet eTeams

I løpet av året har en eller flere av RBU sine medlemmer deltatt på ulike konferanser:

- Nasjonal lederkonferanse - eBehandling - nye veier til god psykisk helse
- Samhandlingskonferansen
- Pasientsikkerhetskonferansen
- Pasientreisekonferansen
- St. Olavs konferansen
- Sørsamisk helsekonferanse

Av andre saker RBU har vært opptatt av nevnes noen summarisk:

- Orienteringer fra Pasient- og brukerombudene i Midt-Norge

- Kjøp av private helsetjenester
- Oppdragsdokument til Helse Midt-Norge RHF 2025
- Oppdrag og bestilling til HFene 2025
- Samarbeidet mellom Statped og spesialisthelsetjenesten
- Brukermedvirkning i forskning
- Ventetidsløftet
- Tiltakspakken psykisk helsevern
- Status for oppdragene knyttet til fødetilbud
- Fremtidens legemiddelforsyning
- Brukermedvirkning i Nye Metoder
- Internrevisjonsrapporter
- Topp 10 risiko
- Regional utviklingsplan
- Det utadvendte sykehus og digital hjemmeoppfølging
- Innspill til Statsbudsjettet 2026
- Langtidsplan og langtidsbudsjett
- Styringsstruktur IKT
- Regionalt Helsedatasenter i Helse Midt-Norge
- Sikre kritisk kompetanse innen psykisk helse og TSB
- Regional forskning og regionale forskningsmidler, behandling av søknader om forsknings- og innovasjonsmidler

-

7. Innspill fra konserntillitsvalgte og konsernverneombud

Medvirkning med Konserntillitsvalgte (KTV) og konsernverneombud (KVO)

- KTV/KVO har regelmessige formelle og uformelle møter med ledelsen/administrerende direktør og samarbeidet evalueres årlig.
- Vi har hatt jevnlig dialog- og drøftingsmøter gjennom hele 2025.
- KTV/KVO har tidligere etterspurt deltakelse i samarbeidsorganet og dens underutvalg forskning og utdanning, og ble i 2025 invitert til å være observatør i begge underutvalg.
- I 2025 har vi hatt to fysiske konsernmøter der ledelsen i HMN og underliggende helseforetak møter tillitsvalgte og vernetjeneste.
- Dette er en god arena for å arbeide med felles forståelse for de utfordringer vi har i regionen.
- KTV/KVO er involvert i både regionale og nasjonale prosjekt. KTV/KVO registrerer at det ikke er blitt etablert styringsgrupper med involvering når det gjelder oppdrag HMN 25-22 Arbeidsmiljø og ForBedring.
- KTV/KVO har tidligere etterspurt tettere medvirkning opp mot felleseide helseforetak. Det er nå etablert strukturer for å ivareta dette bedre nasjonalt, der en utvalgt gruppe av KTV/KVO nasjonalt møter direktører i felleseide helseforetak en gang i året, men KTV/KVO savner mer strukturert dialog rundt disse regionalt.
- I HMN er det en nettverksstruktur for ulike fagområder. Etter evaluering gjennomført av HMN i 2025, er KTV/KVO fortsatt bekymret for at denne organiseringen vil kunne redusere medvirkning i beslutninger som påvirker ansattes arbeidshverdag.

Helseplattformen

I 2025 har Helseplattformen hatt stort fokus i hele regionen. Det er fortsatt uro og bekymring blant mange ansatte når det gjelder brukervennlighet og effektivitet. Tilbakemeldinger fra mange ansatte er at løsningen fortsatt oppleves tungvint og at det bl.a. er utfordringer med legemiddelhåndtering. Det er etablert et program for brukervennlighet der KTV/KVO har medvirkning.

Det å være nasjonal utprøvingsarena for «en innbygger-en journal» har vært og er en stor utfordring, også økonomisk, for hele Helse Midt-Norge også i 2025.

Ansattes arbeidsmiljø

- KTV/KVO får tilbakemelding om at det er stort fokus på innsparing og omstilling, samt vedvarende høyt arbeidspress. Det er i tillegg økende bekymringer rundt det å beholde og rekruttere personell og sikre at spesialisthelsetjenesten er en foretrukket arbeidsgiver.
- KTV/KVO er fortsatt bekymret for at vold og trusler mot ansatte utgjør en stor andel av uønskede hendelser ved sykehusene.

- KTV/KVO har gjennom 2025 uttrykt bekymring for ansattes helserisiko i forbindelse med det omfattende omstillingsarbeidet som pågår i alle foretakene og den påvirkning dette kan bety for kvalitet og pasientsikkerhet.

Økonomisk bærekraft

KTV/KVO har i flere drøftingsprotokoller gjennom 2025 problematisert de store økonomiske utfordringene regionen har. Vi har også vært bekymret for kostnadene Helseplattformen har for regionen, og som vi er alene om å utvikle.

Vi ser et stort utfordringsbilde med hensyn til de omfattende behovene regionen har for omstilling, og hvilken betydning dette vil kunne få for pasienttilbud og ansattes arbeidsforhold. KTV/KVO vil ellers vise til drøftingsprotokoller som er vedlagt styresakene i Helse Midt- Norge gjennom 2025.